

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE À DISTÂNCIA



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA, ESF 01, ARAMBARÉ/RS**

**Lauro Brum Barbosa**

Pelotas, 2015

**Lauro Brum Barbosa**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde da  
Família, ESF 01, Arambaré/RS**

Projeto de intervenção apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde da  
Família – Modalidade a Distância –  
UFPEL/UNASUS, como requisito parcial  
para a obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientadora: Alexandra Rosa Martins

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

B238m Barbosa, Lauro Brum

Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na  
Unidade de Saúde da Família, ESF 01, Arambaré/RS /  
Lauro Brum Barbosa ; Alexandra da Rosa Martins,  
orientadora. — Pelotas, 2014.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em  
Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina,  
Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3.  
Assistência domiciliar. 4. Saúde bucal. 5. Saúde do idoso.  
I. Martins, Alexandra da Rosa, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

Dedico este trabalho aos meus familiares e aos profissionais da unidade de saúde, Estratégia de Saúde da Família – ESF 01 – do município de Arambaré/RS, que sempre se mostraram atenciosos e disponíveis durante os meses nos quais transcorreram as atividades no município, que tiveram ampla confiança no meu trabalho e no meu projeto e que não mediram esforços para que essa etapa fosse concluída.

## **Agradecimentos**

Agradeço a instituição Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) pela oportunidade de ingresso neste curso de especialização em saúde de família, a minha orientadora Alexandra Rosa Martins pelo suporte e empenho dedicado à elaboração desse trabalho e a médica tutora do PROVAB, Thaia Rosa da Silva, pelo apoio e troca de conhecimento durante o ano. Agradeço também a todos os membros da equipe de saúde da ESF 01 que durante o ano demonstram exemplar empenho na busca de melhorias na qualidade da atenção primária no município, e a população de Arambaré com a qual criei bons laços de amizade.

## **Lista de Figuras**

Figura 1- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	55
Figura 2- Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.....	56
Figura 3- Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.....	57
Figura 4- Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.....	58
Figura 5- Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	59
Figura 6-Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.....	60

Figura 7- Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.....	61
Figura 8- Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta.....	62
Figura 9- Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.....	63
Figura 10- Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	64
Figura 11- Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.....	65
Figura 12- Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.....	66
Figura 13 - Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia.....	67
Figura 14 - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.....	68
Figura 15 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.....	69
Figura 16- Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.....	70
Figura 17 - Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.....	70
Figura 18 - Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.....	71
Figura 19 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.....	72
Figura 20- Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.....	73
Figura 21- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.....	78

### **Lista de Abreviaturas**

**ACS** – Agentes Comunitários de Saúde  
**AVM** – Avaliação Multidimensional Rápida  
**DM** –Diabetes Mellitus  
**ECG** - Eletrocardiograma  
**EQU** – Exame Qualitativo de Urina  
**ESF** – Estratégia de Saúde da Família  
**HAS** – Hipertensão Arterial  
**HDL** – High Density Lipoprotein  
**HGT** - Hemoglicoteste  
**IBGE** – instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**MS** – Ministério da Saúde  
**NAAB** - Núcleo de Apoio à Atenção Básica  
**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
**ONU** – Organização das Nações Unidas  
**OMS** – Organização Mundial da Saúde  
**PA** – Pressão Arterial  
**PROVAB** – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**TA** – Tensão Arterial  
**TSH** – Thyroid-Stimulatinghormone  
**UBS/PA** – Unidade Básica de Saúde/Pronto Atendimento  
**VO** – Via Oral



## Sumário

<b>Apresentação</b>	11
<b>1 Análise Situacional</b>	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
<b>2 Análise Estratégica</b>	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma	46
<b>3 Relatório da Intervenção</b>	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
<b>4 Avaliação da intervenção</b>	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão	73
4.3 Relatório da intervenção para gestores	76
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	80
<b>6 Bibliografia</b>	82
<b>Anexos</b>	83
Anexo 1 - Ficha espelho	83
Anexo 2 – Planilha de coleta de dados	84
Anexo 3 – Documento do comitê de ética	85

## Resumo

BARBOSA, Lauro Brum. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Unidade de Saúde da Família, ESF 01, Arambaré/RS.** 2015. 85f.; il. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas/RS.

Este trabalho teve como objetivo a implementação do projeto de intervenção que visou promover melhorias na qualidade da atenção à população idosa que tem acompanhamento na ESF 01 do município de Arambaré. Até então a demanda populacional dos idosos não possuía um protocolo específico para o seu atendimento, e nem meios que permitissem aos profissionais de saúde propiciar melhorias na qualidade de vida dessa parcela populacional. A intervenção teve duração de doze (12) semanas durante os meses de Agosto a Novembro do ano de 2014. Durante a intervenção foram realizadas ações programáticas que tiveram como objetivo primordial ampliar a cobertura, melhorar a adesão, o seguimento e o atendimento dos usuários com 60 anos ou mais adscritos à ESF. Através da introdução de um novo protocolo de atendimento para essa demanda populacional, novas metas de atendimento para essa faixa populacional foram determinadas visando a prevenção e promoção de ações propiciando uma melhoria na qualidade do atendimento e na qualidade de vida desses usuários. Ações como a otimização do controle da PA, da DM, da orientação a cerca de uma alimentação e de hábitos de vida saudáveis e da avaliação global do idoso foram realizadas, sendo que para cada um dos itens foi definida uma meta a ser alcançada. Ao final das 12 semanas foi atingida uma cobertura de aproximadamente 30% da população alvo (284 dos 961 idosos cadastrados na ESF), sendo que quase a totalidade da população alvo teve os objetivos (indicadores, tais como avaliação clínica e preenchimento da caderneta do idoso) atingidos. Podemos destacar que mais de 90% dos idosos cadastrados tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada e os exames complementares periódicos solicitados. Ao final da intervenção a equipe da unidade de saúde bem como a população local já estava familiarizada com o novo protocolo estabelecido sendo esse incluído na rotina atual de atendimento da ESF. Esse projeto foi de suma importância para a população idosa do município, pois até o momento não havia um protocolo que viesse a garantir um atendimento de acordo com as necessidades inerentes a essa faixa etária.

**Palavras-Chave:** Saúde da Família; Atenção Primária; Saúde do Idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

## **Apresentação**

Este volume trata-se de um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Constitui-se de uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do idoso da Unidade de Saúde ESF 01 do município de Arambaré/RS e está organizado em cinco partes. Na primeira parte observamos a análise situacional. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção. Na quarta parte encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Na quinta e última parte apresentamos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **Análise Situacional**

### **1.1. Situação da ESF/APS em meu serviço**

Os trabalhos na Estratégia da Saúde da Família (ESF), localizada no bairro central de Arambaré, zona urbana, o antigo posto de atendimento psicológico da cidade foram iniciados no início mês de Março de 2014. A questão estrutural é bem precária, dispomos de seis pequenos ambientes, divididos em duas salas para atendimento, uma para a abordagem psicológica e outra improvisada para avaliações médicas. O espaço cedido ao médico é pequeno, aproximadamente 9m<sup>2</sup>, contando com mesa, 2 cadeiras e uma maca. Temos também uma sala na qual são feitos os curativos, aferições da tensão arterial (TA) e o hemoglicoteste (HGT), e onde se situa uma espécie de farmácia (com poucas opções de medicamentos, apenas fármacos via oral (VO), nesse local é realizada a triagem inicial). Os outros espaços que compõe a ESF são uma área onde são guardados os prontuários - a "secretaria" da unidade (espaço onde uma das técnicas de enfermagem fica para receber os usuários, atender os telefonemas e agendar os atendimentos), um pequeno espaço que era usado como dispensa, o qual foi transformado em uma pequena cozinha (que conta com um frigobar, micro-ondas e alguns utensílios de cozinha para uso da equipe), e um banheiro comunitário (para equipe e usuários, que também serve de depósito para os materiais de limpeza e fichas de atendimentos antigos).

Com relação à equipe, atualmente dispomos de três técnicas em enfermagem, um médico e três agentes comunitários de saúde (ACS), somados a uma psicóloga que atende em quatro turnos por semana, e um médico psiquiatra e uma fonoaudiologia que atendem a demanda do município de quinze em quinze dias; atualmente a enfermeira da equipe está em licença maternidade, com plano de retorno aproximado em Maio-Junho.

A população adscrita é de aproximadamente 2880 pessoas, em sua maioria maiores de 50 anos, mas frequentemente atendo pessoas que não tinham acompanhamento prévio ou que vem do interior do município (área rural). Temos em média cinco primeiras consultas por semana. Em sua grande maioria são hipertensos e diabéticos, e usuários crônicos de antidepressivos e benzodiazepínicos. Tenho solicitado aos ACS uma busca ativa por pessoas sem acompanhamento ou que perderam o vínculo, para avaliação clínica e farmacológica. Acredito que até o final do

ano teremos aumentado o alcance das promoções de saúde. Até agora tenho tido uma resposta interessante da equipe e da população.

Com relação à rotina do médico trabalhamos com agendamento de consulta, presencial ou por telefone (mas sempre há alguma intercorrência para ser resolvida na hora), com agenda das 8 horas da manhã às 17 horas da tarde, de segunda a quinta-feira, tendo separado um turno para as visitas domiciliares (VD) e outros sete turnos para atendimento clínico; nesses turnos separo duas horas nas quartas-feiras para realizar pequenos procedimentos, como, por exemplo, as lavagens otológicas; tinha como planejamento realizar pelo menos uma reunião de equipe por mês, mas como estamos sem enfermeira (a coordenadora do ESF), a equipe preferiu adiar o início das reuniões.

Venho atendendo desde usuários pediátricos até idosos centenários; mas a puericultura em si e o acompanhamento para a população pediátrica são realizados por uma pediatra contratada pela prefeitura em regime de dois turnos por quinzena. Os cuidados gineco-obstétricos ficam a cargo de uma ginecologista que atende uma vez por semana, ela é a responsável pelo pré-natal das gestantes. Ambas, pediatra e ginecologista, realizam atendimentos no pronto-atendimento (PA) do município. Mesmo tendo essa gama interessante de especialista, venho promovendo ações terapêutico-educativas visando a promoção e proteção dessas duas populações cobertas por essas especialidades.

A cerca dos gestores, venho tendo um contato no mínimo semanal com a secretaria de saúde, da qual tenho algumas promessas de melhorias tanto na estrutura, quanto na disponibilidade de fármacos e materiais. Montamos um planejamento focado em datas “chave”, organizando um calendário que terá como ponto de partida a campanha de vacinação contra a gripe, além do dia do coração/dia do diabetes/dia do tabagismo e outros, visando promoção e exposição de medidas de saúde. Por enquanto são promessas e planejamentos, mas espero que com o apoio do gestor possamos concretiza-los.

## **1.2. Relatório da Análise Situacional**

O município de Arambaré apresenta 3660 habitantes segundo o último censo, realizado em 2012, e tem a sua estrutura de saúde dividida em três unidades de saúde, a primeira uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a qual compreende uma unidade de pronto atendimento (PA), e dois ESF, um localizado no município de Santa Rita do Sul (ainda não emancipado de Arambaré), e outro que localizado no centro de Arambaré, situando-se na mesma área física do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) - que em breve será convertido em Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além dos plantonistas clínicos do pronto atendimento e dos médicos responsáveis pelo ESF, o município conta o suporte de uma ginecologista, um psiquiatra e uma pediatra, todos com atendimentos quinzenais. Os casos que exigem uma maior complexidade de atendimento, principalmente a demanda espontânea oriunda de traumas é referenciada para o Hospital Nossa Senhora Aparecida de Camaquã (cidade a cerca de 40 km do município), o qual fornece exames laboratoriais e de imagem em caso de urgência; os demais exames laboratoriais são realizados por um laboratório conveniado, e os de imagem conforme cota adquirida frente ao hospital referencia. O município não apresenta um Centro Especializado Odontológico, conta apenas com o serviço realizado por dois dentistas que atendem a demanda espontânea em quatro turnos semanalmente.

O principal atendimento a população é realizado na ESF (chamado de ESF 01 ou “postinho”) situado no bairro central do município, o qual não apresenta nenhum vínculo com instituição acadêmica, conta com uma equipe de saúde da família, composta por um médico clínico-geral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde (ACS). A ESF esta atualmente montada dentro da antiga estrutura do posto de atendimento psicológico (posteriormente repassado para o NAAB), ficando muito limitada na questão de espaço interno, uma vez que toda a estrutura material necessária para a montagem da ESF foi improvisada em um local que ainda mantém os atendimentos psicológicos. Pelo último levantamento de dados, datado de outubro de 2013, a ESF tem 2880 pessoas cadastradas (aproximadamente 78,6% dos 3660 habitantes do município).

Vários itens básicos de conforto e adequação com as normativas e diretrizes de uma UBS/ESF não são contemplados na atual estrutura, algo que afeta a integração e o trabalho da equipe, a qualidade do atendimento e, sobretudo, acarreta em um déficit importante no que tange a acessibilidade e garantia de um atendimento

adequado ao usuário. Todos os pontos importantes e que são passíveis de melhorias já foram repassados ao gestor que foi sucinto ao afirmar que não seriam feitas melhorias uma vez que existe um projeto de criação de uma nova ESF, nos modelos idealizados pelo ministério da saúde; mas tal nova unidade de saúde ainda não saiu do papel. Acredito que, se bem feita e bem fiscalizada, essa ESF possa ser o caminho para a estruturação de uma equipe mais eficiente e que possa trazer melhorias fundamentais para a “saúde do município”.

Atualmente trabalhamos com o modelo de consultas agendadas e acolhimento da livre demanda, atendendo quase toda a população do município. Temos uma boa orientação da equipe no que diz respeito a algumas condutas e parâmetros de comorbidades como hipertensão e diabetes, e temos ACS bem dispostas e com vontade de trazer aqueles que ainda não tiveram um primeiro contato com o serviço oferecido na unidade. A população já está acostumada com o modelo do serviço, não encontrando grandes dificuldades em conseguir consultas. É ofertado para a população um turno de visita domiciliar por semana, a qual pode ser marcada pelo (a) usuário ou pelo ACS, após discutir o caso com a equipe de enfermagem.

A grande limitação hoje encontrada é a não interligação entre a ESF e a UBS/PA, por exemplo, algumas ações de saúde, como a puericultura e o pré-natal, são realizados por profissionais especializados na UBS e as informações relacionadas as mesmas não são repassadas ao ESF o que culmina com uma falta de informações de condutas tomadas pelos profissionais em cada uma delas, gerando por vezes interrupções em condutas que seriam adotadas ou suspensão das mesmas, uma vez que um profissional não tem acesso ao registro do outro que atende na outra unidade de saúde. Tal fato poderia ser facilmente corrigido se fossem informatizados os atendimentos nos dois serviços de saúde, algo de é visto pelo gestor como muito custoso, mas que seria de enorme utilidade para as equipes de saúde e, sobretudo, proporcionaria melhores atendimentos aos usuários.

O perfil do município atualmente é um pouco diferente das projeções demográficas, e tal fato se deve ao grande numero de “imigrantes aposentados” que se deslocam para a cidade, e a emigração de jovens em busca de melhores condições de trabalho e educação.

A atual equipe se enquadra dentro das necessidades populacionais do município e esta dentro dos padrões recomendados pelo ministério da saúde. Além

das consultas agendadas a equipe lida com demanda espontânea de uma forma diferente, mas bem operacional, onde casos simples, após avaliação da equipe de enfermagem, são orientados a buscar atendimento no PA/UBS ou podem optar por aguardar o final do atendimento aos usuários agendados, e casos avaliados como de grau moderado a grave são repassados na hora ao médico e o mesmo opta por atendimento imediato ou transferência para o pronto-atendimento, uma vez que o atendimento a demanda espontânea é muito limitado pela capacidade física da ESF, não tendo local para a observação do paciente, por exemplo, e nem medicações para uso endovenoso.

Com relação ao atendimento da população que cobre a faixa etária entre 0 e 72 meses são apenas atendidos casos de demanda espontânea, uma vez que toda a parte de prevenção e acompanhamento pós-natal são realizados pela pediatra contratada pelo município. Conforme os registros, 100% da demanda dessa faixa etária é acompanhada pela profissional especializada, tendo bons indicadores de saúde para esta população. Tal fato também é observado na atenção ao pré-natal, pois como há uma profissional especializada encarregada de todos os atendimentos pré-natais e ginecológicos, o atendimento no ESF se resume as necessidades da demanda espontânea desta população.

O grande problema relacionado com esse tipo de conduta baseada no atendimento especializado é a falta de interligação entre os registros do atendimento especializado e do atendimento realizado no ESF, onde por vezes existe a omissão de informações por parte dos usuários, algo que interfere na tomada correta de decisões por parte dos profissionais. Um exemplo é o trabalho relacionado à prevenção do câncer de colo de útero e o câncer de mama, uma vez que ele sofre grande interferência quando uma usuário recebe a solicitação de um profissional e acaba mostrando para outro em um local diferente, não retornando ao solicitante. Essa falta de organização e padronização das solicitações e registros das mesmas acaba por atrapalhar os planejamentos dos profissionais de saúde, uma vez que impede o seguimento de protocolos que poderiam diminuir os custos operacionais dessas medidas preventivas.

No que diz respeito aos atendimentos no ESF, tanto o médico quando a equipe de enfermagem e as ACS tem conhecimento das diretrizes de rastreamento dessas comorbidades, e realizam as orientações a demanda populacional de risco. Já



foi sugerido ao gestor da saúde municipal que fosse criado um protocolo para unificar o recebimento dos exames relacionados a essas medidas preventivas para evitar a perda de dados e a confusão dos pacientes para com os resultados dos mesmos.

Com relação ao atendimento dos pacientes hipertensos, a equipe já está ambientada com os parâmetros necessários para um atendimento adequado, adotando protocolos atuais e de grande valia para a população acometida por essa comorbidade. Temos um programa de HIPERDIA que funciona bem, não ficando usuários sem atendimento ou medicamento por problemas relacionados à equipe. Ainda há muito o que pode ser melhorado uma vez que a equipe de enfermagem não trabalha com grupos para hipertensos e existem alguns usuários que apenas buscam renovar as receitas, não realizando um controle rígido da aferição da pressão arterial e mantendo exames anuais como seria necessário.

Tais fatos já foram discutidos com a equipe que está buscando alternativas para melhorar a qualidade do atendimento ao grupo de hipertensos. Semelhante à demanda dos hipertensos, os usuários diabéticos encontram protocolos já estabelecidos na ESF, alguns ainda necessitando de aprimoramentos tanto na parte técnica como instrucional, mas de modo geral podemos considerar adequado o atendimento a esse grupo. Também é realizada uma busca ativa aos usuários diabéticos que não frequentam no mínimo anualmente a unidade de saúde e que não tem periodicidade na realização dos exames mínimos necessários, nem tem avaliações com especialistas, como oftalmologista, realizadas.

Hoje a população com mais de 60 anos representa aproximadamente 50% da demanda total por consultas na unidade de saúde. Atualmente essa população nunca teve nenhuma estratégia de prevenção de comorbidades ou um planejamento específico para a faixa etária. Há cerca de uma semana, após introdução do conteúdo da saúde da pessoa idosa, começaram a serem preenchidas as cadernetas dos idosos, no momento apenas pelo médico. O atendimento da pessoa idosa era restringido apenas às comorbidades dos mesmos, tendo hipertensão e diabetes seus carros chefes, não sendo realizadas atividades de orientação e promoção de medidas educativas e preventivas. Aos poucos estão sendo passadas para a equipe ideias de como melhorar o atendimento a essa demanda e meios de introduzi-las na rotina da equipe. Podemos inferir que, em função do grande número de pessoas idosas no

município, o atendimento a população com mais de 60 anos ainda tem muito a melhorar.

Ao finalizar no final do mês de Maio a análise situacional podemos observar que em todas as cinco ações programáticas elencadas acima, uma das maiores fragilidades evidenciadas, foi a falta de registros. A inexistência de fichas individuais específicas para cada ação programática, com registro das ações realizadas na unidade de saúde constituída também dos dados de saúde dos usuários, dificulta o monitoramento e avaliação das ações realizadas, interferindo negativamente no planejamento de ações e na qualidade do atendimento prestado.

Muito ainda a de ser feito em quase todos os aspectos desde melhorias na questão estrutural, organizacional e no atendimento como um todo. No entanto os primeiros passos já foram dados pela equipe, iniciando pela realização da análise situacional, das fragilidades encontradas e escolha do foco da intervenção.

### **1.3. Texto comparativo entre o texto inicial “Situação da ESF/APS em meu serviço” e “Relatório da Análise Situacional”**

Desde o início das atividades pude perceber o quanto este ano seria trabalhoso no intuito de trazer alguma melhoria para a comunidade. A grande falta de registros e disponibilização de dados “emperra” um pouco mais o serviço, e questões como o interesse do gestor em investir na ESF e na equipe impede alguns avanços que hoje são dados a passos lentos. A visão geral continua a mesma do início dos trabalhos, no entanto alguns focos de deficiências foram encontrados e hoje pode ser traçada uma meta para melhorar tais indicadores de saúde. Mesmo em pouco tempo de trabalho pude perceber que a população anseia por melhorias no sistema de saúde atual, que necessita realmente de um investimento grande da equipe e do gestor. Não falta disposição à equipe em criar alternativas para sanar problemas crônicos da saúde no município, e a mesma está engajada na ideia de tornar este ano um ponto de partida para mudanças importantes. Já trouxemos algumas mudanças desde o início dos relatórios, já criamos novos protocolos de serviço interno e cada vez mais tentamos trazer a população para perto da equipe, orientando a importância das medidas de prevenção para uma vida saudável.

## **Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1. Justificativa**

A população brasileira esta passando por um processo de envelhecimento, e de acordo com dados produzidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), que fazem uma previsão a cerca das mudanças que serão observadas na população

mundial, nos próximos 40 anos o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade será em média três vezes maior do que o número atualmente observado. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total projetado de 9,2 bilhões). Esse aumento no número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, leva a sociedade a ter que repensar o modo de viver a velhice. O Brasil, até 2025, será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS). Até o início da década de 80, a estrutura etária da população brasileira, revelada pelos censos demográficos, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vinha mostrando traços bem marcantes de uma população predominantemente jovem, cuja pirâmide etária era representada por uma base alargada e topo estreito. Este cenário, porém, vem sendo alterado e as projeções de um estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide etária vem se comprovando. Frente a essas mudanças a saúde emerge como elemento fundamental por exercer forte impacto na qualidade de vida, uma vez que o declínio biológico natural do ser humano associado à maior prevalência de doenças e dificuldades funcionais tende a fragilizar a velhice como um todo (BRASIL, 2010).

Assim, estamos passando por uma fase de mudança no padrão da pirâmide etária da população brasileira, aonde o topo da pirâmide tende-se alargar em detrimento do estreitamento de sua base. No município de Arambaré-RS essa nova pirâmide populacional já pode ser percebida uma vez que temos cerca de 30 % da população com 60 anos ou mais, fato que acentua a demanda por cuidados de saúde para essa faixa etária. Juntamente com o envelhecimento populacional há um aumento da necessidade de maiores cuidados frente à comorbidades como hipertensão e diabetes, e frente à fragilização da saúde da pessoa idosa como um todo. A terceira idade é conhecidamente uma população exposta a uma enorme gama de fatores de risco que aumentam a sua morbimortalidade, tal fato remete à necessidade de se ter um protocolo específico que monitore e promova ações que possam melhorar a saúde dessa população.

Neste contexto, é fundamental o trabalho das equipes da Atenção básica/ Saúde da Família, com atuações nas dimensões culturais e sociais, como as atividades de grupos e as ações coletivas na comunidade (BRASIL, 2006).

Atualmente não há uma ação programática dedicada exclusivamente ao tratamento e ao acompanhamento da população idosa na Estratégia de Saúde da Família (ESF) 01 de Arambaré. Há atendimento a população em 4 dias da semana durante 2 turnos, sendo um desses turnos reservado para as visitas domiciliares. A ESF é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, 2 técnicas em enfermagem e 3 agentes comunitárias de saúde (ACS). O atendimento abrange cerca de 2880 pessoas (aproximadamente 78% dos 3660 habitantes do município), das quais 961 possuem 60 anos ou mais. A questão estrutural da ESF no que diz respeito a sua área física é bem limitada, tanto na questão área física, quanto na questão acessibilidade.

A população alvo da ação programática são aqueles com 60 anos ou mais, aproximadamente 1/3 da população adscrita a ESF. Como não existe um protocolo específico para essa população, poucos dados acerca da qualidade da atenção em saúde dessa demanda populacional podem ser avaliados, e em sua maioria são inferidos através dos registros dos prontuários, e do padrão de atendimento realizados entre 2013-2014. Hoje essa população é apenas atendida em suas queixas espontâneas e avaliada conforme as suas comorbidades prévias, sem um planejamento que possa modificar a morbimortalidade relacionada ao envelhecimento. Por ser uma população que, teoricamente, não exerce mais atividades laborais, tem-se uma boa adesão da mesma nas consultas agendadas na ESF.

A intervenção é de suma importância para a ESF uma vez que grande parte da população adscrita se enquadra no critério de inclusão primordial, ou seja, tem 60 ou mais de idade. A equipe como um todo participou da escolha da saúde da pessoa idosa, caracterizando-a como que mais traria benefícios a população frente às outras ações que poderiam ser realizadas. O fato de não haver um registro específico ou um programa, que mesmo parcialmente, pudesse trazer essa demanda populacional para a ESF é uma grande limitação ao projeto. O fato de haver certa relutância de alguns integrantes populacionais em realizar consultas preventivas – uma vez que esse tipo de medicina foi implementada há pouco tempo na cidade, até então regida sob o modelo exclusivamente “curativo” de saúde, é outro fator que vem a poder ser um empecilho no desenvolver da ação programática e na busca pelo vencimento das metas traçadas. No entanto o engajamento da equipe é um fator extremamente

importante e que leva a crer que as metas almejadas serão alcançadas, bem como a satisfação da população com o atual atendimento – fato que associado ao tamanho do município vem a reforçar a aproximação da população com a ESF. A ação programática quando concluída poderá trazer inúmeras melhorias para a população alvo uma vez que inúmeros indicadores de saúde, hoje inexpressivos ou inexistentes, poderão ser melhorados, fato que remeterá a uma melhora substancial na qualidade da atenção primária dessa faixa etária.

## **2.2. Objetivos e Metas**

### **A) Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde do idoso na ESF 01, do município de Arambaré/RS

### **B) Objetivos Específicos e Metas**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde.

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

**Meta 2.1.** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

**Meta 2.3.** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.4.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

**Meta 2.5.** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.6.** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Meta 2.7.** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Meta 2.8.** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

**Meta 2.10.** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1.** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Meta 4.2.** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

**Objetivo 5.** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

**Meta 5.1.** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Meta 5.2.** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Meta 5.3.** Avaliar a rede social de 100% dos idosos

**Objetivo 6.** Promover a saúde dos idosos

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Meta 6.2.** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

**Meta 6.3.** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3. Metodologia**

Para atingir os objetivos e metas propostas, foram elaboradas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### **2.3.1. Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da saúde do Idoso

**Meta 1:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente. Nos primeiros três meses da intervenção ao final de cada semana será realizado o monitoramento da cobertura através da ficha espelho. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Acolher os idosos, cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e atualizar as informações do SIAB. Para isso a equipe da unidade de saúde irá acolher todos os idosos adscritos, cadastrando-os no programa de saúde do idoso; As fichas A serão revisadas mensalmente pelos ACS e aqueles idosos que ainda não estão sendo acompanhados e cadastrados no programa do idoso serão atraídos para a ESF através de uma busca ativa dos ACS.

Engajamento Público: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde através de ações coletivas em ambientes públicos e dentro das unidades de saúde do município, utilizando cartazes, folders e instruindo os profissionais de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde (através de cartazes, folders e dos profissionais de saúde);

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos através de treinamento e orientações fornecidos em um espaço de tempo durante as reuniões de equipe. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização durante as reuniões de equipe, além do fornecimento de material para leitura e aperfeiçoamento.



**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

**Meta 2:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização da Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde. O monitoramento se dará através da revisão da ficha espelho de cada idoso cadastrado no programa. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen...) através da revisão do material disponível e solicitação ao gestor municipal dos itens necessários. Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos durante a reunião de equipe na qual será exposta a intervenção e os objetivos.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, através de cartazes informativos espalhados nas salas de espera e durante a consulta e/ou atendimento de cada profissional da equipe de saúde. Compartilhar com os pacientes as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, usando nomenclatura de fácil compreensão e conscientizando o mesmo da importância de cada ação.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, durante as reuniões de equipe e mediante a necessidade de cada profissional. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, durante as reuniões de equipe. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas, durante as reuniões de equipe.

**Meta 3:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, onde será realizado o preenchimento de uma ficha espelho pelos profissionais da unidade de saúde antes, durante e após cada consulta, e no final de cada semana um profissional realizará o monitoramento e a transcrição dos dados para uma planilha eletrônica que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos, a ser realizado durante a reunião de equipe na qual será apresentada a intervenção. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado, durante a revisão semanal de prontuários e através da busca ativa dos ACS. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, montando a agenda de forma que haja espaço para encaixes de pacientes que não receberam exame clínico apropriado, pacientes novos ou que necessitam de avaliação ambulatorial mais precoce. Garantir a referência e contra-referência de pacientes com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, após avaliação médica.

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, através de cartazes e folders divulgados na comunidade, nas unidades de saúde e durante a avaliação de cada profissional de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, usando o espaço da reunião de equipe e também para divisão das tarefas e para treinamento dos profissionais em cada uma das suas atribuições. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, usando o espaço da reunião de equipe para

treinamento e orientação, bem como fornecimento de um guia para orientar a equipe das etapas a serem seguidas em cada uma das funções designadas.

**Meta 4:** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, durante a realização das consultas e na revisão semanal dos prontuários, e das fichas espelho, levando em conta a periodicidade recomendada. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados (através da avaliação da ficha espelho, colocando adesivo de alerta na ficha espelho do idoso que não realizou os exames complementares na periodicidade recomendada).

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, durante as avaliações realizadas pelos profissionais de saúde e através de cartazes na sala de espera da unidade. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares (através da cartilha de orientações ao idoso, fornecida juntamente com a caderneta do idoso).

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, orientando a equipe e acompanhar a evolução do emprego do programa da saúde do idoso, usando as reuniões de equipe para focar em pontos que possam ser necessários.

**Meta 5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, Hiperdia através da revisão das fichas espelho dos idosos, e durante a realização das renovações de receitas do Hiperdia.

Organização e Gestão do Serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, ficando um dos membros da equipe de saúde, a ser definido na reunião de apresentação da intervenção, responsável por essas atividades.

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, deixando na unidade de saúde, com fácil acesso, a listagem de medicamentos fornecidos pela farmácia popular.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Tais atividades serão realizadas durante as reuniões de equipe, bem como será fornecido material de apoio para os profissionais.

**Meta 6:** Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, revisando as fichas espelho e os prontuários dos pacientes acamados e suas fichas espelho.

Organização e Gestão do Serviço: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, revisando os prontuários dos pacientes cadastrados no programa de visita domiciliar e os novos acamados e com problemas de locomoção identificados pelos ACS.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde, através da divulgação ativa dos ACS e de cartazes informativos em ambientes públicos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência, usando os espaços da reunião de equipe para instrução e treinamento.

**Ações:**

**Meta 7:** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e Avaliação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção, através da ficha espelho dos idosos cadastrados no programa.

Organização e Gestão do Serviço: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, utilizando o turno dedicado as visitas domiciliares para atender a essa demanda.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar, através de um folder instrutivo, orientação dos ACS no momento da distribuição dos folders e orientação dos profissionais de saúde para melhor instruir a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Tais orientações serão fornecidas aos ACS durante as reuniões de equipe.

**Meta 8:** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número idosos submetidos à rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente) através da revisão da ficha espelho dos idosos cadastrados no programa.

Organização e Gestão do Serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS através da consulta programática direcionada.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos adequados, fita métrica...) na unidade de saúde, através da solicitação dos materiais ao gestor de saúde municipal.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, orientando os ACS a disseminar de informações e oferecendo material instrutivo em locais públicos. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, através da consulta clínica, dos profissionais de saúde e cartazes informativos em locais públicos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, através do fornecimento de material de apoio e orientação da equipe durante as reuniões de equipe.

**Meta 9:** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

#### **Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135 x 80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente, através da avaliação da ficha espelho e da revisão semanal de prontuários.

Organização e Gestão do Serviço: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM através da consulta programática direcionada. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste (HGT) na unidade de saúde, através da solicitação ao gestor de saúde da compra e manutenção do material necessário.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, através da disseminação de informações via profissionais de saúde, sobretudo via ACS, e

fornecimento de material instrutivo nas unidades de saúde. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM, através da consulta clínica, dos profissionais de saúde e de cartazes informativos em locais públicos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, através do fornecimento de material de apoio e orientação da equipe de saúde.

**Meta 10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos cadastrados no programa.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, através da revisão da ficha espelho dos idosos cadastrados no programa. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Durante as consultas clínicas, perguntar ao usuário sobre alguma queixa de saúde bucal, a fim de referenciá-lo ao cirurgião dentista. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos, conversando com o profissional responsável pelos atendimentos odontológicos com vistas a buscar um melhor método de triagem, seguimento e garantia de consulta para os idosos.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos, através da equipe de saúde e de material informativo a ser oferecido nas unidades de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, a ser realizada durante as reuniões de equipe.

**Meta 11:** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar número de idosos cadastrados na unidade em acompanhamento odontológico no período, através da avaliação da ficha espelho dos idosos cadastrados no programa. Monitorar a utilização de serviços odontológicos por idosos da área de abrangência, se valendo da criação de uma folha resposta a ser preenchida pelo odontólogo após as consultas.

Organização e Gestão do Serviço: Organizar o acolhimento a idosos na unidade, fornecendo ao profissional responsável pelos agendamentos das consultas com o dentista a demanda oriunda da ESF. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos e oferecer atendimento prioritário aos idosos. Conversar com o profissional responsável pelos atendimentos odontológicos com vistas a buscar um melhor método de triagem, seguimento e garantia de consulta para os idosos.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, através dos profissionais de saúde e de material informativo nas unidades de saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais, através dos profissionais de saúde e de material informativo nas unidades de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos. Tais capacitações serão realizadas durante as reuniões de equipe

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde bucal

**Meta 12:** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde através da ficha espelho dos idosos cadastrados no programa.



Organização e Gestão do Serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares. Através da revisão semanal dos prontuários e da criação de uma lista na qual serão inseridos semanalmente os idosos faltosos com vistas a busca ativa, através dos ACS ou contato telefônico, para novo agendamento na unidade. Será disponibilizado um espaço na atual agenda para o acolhimento da demanda das buscas domiciliares.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas através da divulgação através de folderes e cartazes distribuídos em locais públicos e através da divulgação por meio dos profissionais de saúde. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos), orientando nas consultas que os pacientes podem procurar a equipe de saúde para sugestões para melhora do programa de saúde do idoso. Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas a ser realizado nas consultas médicas ou durante as avaliações a serem realizadas pelas equipes ou nas visitas dos ACS.

Qualificação da Prática Clínica: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, utilizando o espaço das reuniões de equipe para o treinamento. Definir com a equipe a periodicidade das consultas durante a reunião de equipe que precederá o início do programa da saúde do idoso na unidade.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 13:** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde, através da revisão semanal da ficha espelho a ser preenchida após cada atendimento e da revisão semanal dos prontuários. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos (ficha espelho do programa de saúde do idoso); Pactuar com a equipe o registro das informações (orientação da equipe da importância de um registro correto); Definir responsável pelo monitoramento dos registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Engajamento Público: Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, mediante material informativo a ser fornecido na unidade de saúde e através do membros da equipe..

Qualificação da Prática Clínica: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos, durante as reuniões de equipe e mediante a necessidade/dificuldade de cada profissional.

**Meta 14:** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

#### **Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, avaliando sempre em cada consulta o fornecimento prévio e preenchimento adequado.

Organização e Gestão do Serviço: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Engajamento Público: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção (antes, durante e após cada avaliação com os profissionais de saúde).

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa, com treinamento da equipe para preenchimento correto em uma reunião de equipe.

**Objetivo 5.** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

**Meta 15:** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar semanalmente o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência através da ficha espelho. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Priorizar o atendimento de idosos de maior risco de morbimortalidade (deixar um espaço na agenda que comporte esse tipo de necessidade). Evoluir em prontuário nota de atenção a cerca da condição do idoso e registrar na ficha espelho.

Engajamento Público: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco (orientação fornecida em cada consulta, programática ou não).

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa, durante as reuniões de equipe.

**Meta 16:** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar semanalmente o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice através da ficha espelho. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Priorizar o atendimento ao idosos fragilizado na velhice, deixando um espaço na agenda que comporte esse tipo de necessidade. Orientar o idoso a cerca dos fatores responsáveis pela fragilização da velhice.

Engajamento Público: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente, orientação será fornecida em cada

consulta, programática ou não, em todos os níveis de atendimento na unidade de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice, realizando treinamento nas reuniões de equipe.

**Meta 17:** Avaliar a rede social de 100% dos idosos

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente. Tais avaliações serão realizadas através da revisão semanal das fichas espelho.

Organização e Gestão do Serviço: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar à idosos com rede social deficiente.

Engajamento Público: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, através de material informativo a ser disponibilizado na unidade de saúde e através dos profissionais de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos (orientar a equipe das informações, locais, suporte que possam ser ofertados a população idosa; divulgar em locais públicos o trabalho realizado na ESF). Tal capacitação será fornecida durante as reuniões de equipe.

**Objetivo 6.** Promover a saúde dos idosos

**Meta 18:** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, através da revisão dos prontuários e da ficha espelho. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição, através da ficha espelho. Todos os dados contidos nas fichas espelho

serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, durante a reunião de equipe, utilizando como guia o manual “dez passos para alimentação saudável” do MS.

Engajamento Público: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis (em todos os níveis de atendimento devem ser fornecidas informações coerentes a cerca da nutrição ideal).

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, fornecendo material de apoio e orientação para a equipe nas reuniões de equipe.

**Meta 19:** Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular, através da revisão do preenchimento desse item na caderneta do idoso e na avaliação da ficha espelho. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física, buscando auxílio do gestor na montagem de grupos de atividades para a terceira idade com acompanhamento de profissional especializado.

Engajamento Público: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular, através de campanhas em locais públicos e orientação durante as avaliações com a equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular, durante as reuniões de equipe.

**Meta 20:** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação: Monitorar as atividades educativas individuais, através da revisão da ficha espelho. Todos os dados contidos nas fichas espelho serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica de coleta de dados que será avaliada mensalmente.

Organização e Gestão do Serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, seguindo as orientações do ministério da saúde de uma consulta a cada 20 minutos.

Engajamento Público: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias, através de materiais informativos e nas consultas programáticas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias, buscando parceria com o odontólogo para montagem de orientações e campanhas que visem atrair a população alvo e melhor orientá-la, após divulgando-as para a equipe nas reuniões.

### **2.3.2 Indicadores**

**Indicador 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde**

Numerador – Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

Denominador – Número total de idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde

**Indicador 2 – Proporção de idosos com avaliação multidirecional rápida em dia**

Numerador – Número de idosos com avaliação multidirecional rápida em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 3 – Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia**

Numerador – Número de idosos com exame clínico em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 4 – Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia**

Numerador – Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Denominador – Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos

**Indicador 5 – Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizado**

Numerador – Número de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizado

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 6 – Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados**

Numerador – Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados

Denominador – Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção residentes na área de abrangência

**Indicador 7 – Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar**

Numerador – Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção que recebem visita domiciliar

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa acamados ou com problemas de locomoção

**Indicador 8 – Proporção de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta**

Numerador – Número de idosos com verificação de pressão arterial na última consulta

Denominador – Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

**Indicador 9 – Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes**

Numerador – Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes

Denominador – Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica

**Indicador 10 – Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

Numerador – Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador – Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

**Indicador 11 – Proporção de idosos com a primeira consulta odontológica programática**

Numerador – Número de idosos com a primeira consulta odontológica programática

Denominador – Número de idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

**Indicador 12 – Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca**

Numerador – Número de idosos faltosos às consultas que receberam busca

Denominador – Número de idosos faltosos às consultas

**Indicador 13 – Proporção de idosos com registro na folha espelho em dia**

Numerador – Número de idosos com registro na folha espelho em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados em dia

**Indicador 14 – Proporção de idosos com Caderneta da Pessoa Idosa**

Numerador – Número de idosos com Caderneta da Pessoa Idosa

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 15 – Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia**

Numerador – Número de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 16 – Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia**



Numerador – Número de idosos com avaliação para fragilização na velhice

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 17 – Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia**

Numerador – Número de idosos com avaliação da rede social em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 18 – Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis**

Numerador – Número de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 19 – Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular**

Numerador – Número de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

**Indicador 20 – Proporção de idosos com orientação individual de saúde bucal em dia**

Numerador – Número de idosos com orientação individual de saúde bucal em dia

Denominador – Número de idosos cadastrados no programa

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa da pessoa idosa iremos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde de 2006. Como na UBS não havia nenhuma ação direcionada ao idoso, não dispomos de fichas específicas, por isso, utilizaremos o modelo de ficha espelho da Saúde do Idoso, disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL. Estimamos cadastrar durante os três primeiros meses da intervenção 240 idosos e para tanto necessitamos que a secretaria de saúde disponibilize esse número de cópias de ficha espelho do idoso, para que possamos

atingir a meta estabelecida. Solicitaremos também ao gestor as cadernetas dos idosos do Ministério da Saúde (MS).

Para cadastrar no mínimo 30% das pessoas idosas serão revisados os prontuários dos usuários com 60 ou mais anos, mas será dada prioridade aos que forem consultar. Os dados colhidos serão adicionados à ficha espelho de cada idoso e também no prontuário. Será solicitado aos agentes comunitários de saúde (ACS) que orientem os usuários não cadastrados ou que não realizaram consultas no ano de 2014 a procurarem a unidade de saúde. Será reservado um espaço na agenda diária de consultas para pessoas idosas. Nos primeiros três meses da intervenção, ao final de cada semana, será realizado o monitoramento da cobertura através das fichas espelho.

Será realizada a avaliação multidimensional rápida em 100% dos idosos cadastrados no programa de saúde do idoso, utilizando como modelo a proposta de avaliação do MS. Para tanto todo o usuário terá sua altura, peso e IMC avaliados, bem como será aplicada a triagem visual com o cartão de Jaeger – nos idosos que referirem queixas visuais, pela equipe de enfermagem. As demais avaliações (avaliação da audição, incontinência urinária, atividade sexual, humor/depressão, cognição/memória, função dos membros superiores, função dos membros inferiores, atividades diárias, avaliação do domicílio, quedas, e suporte social) serão feitas de forma otimizada na consulta médica através de um roteiro de avaliação (que será desenvolvido pela equipe).

O exame clínico deve ser realizado, ao menos uma vez anualmente, em toda consulta de usuário com 60 anos ou mais, abrangendo 100% dos idosos cadastrados no programa. Deverá ser aproveitada a chance de realizar a avaliação mesmo se o usuário for apenas renovar receita ou solicitar exame. O exame clínico a ser realizado pelo médico consistirá em exame físico completo (Peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, avaliação da cavidade oral, palpação da tireoide, ausculta pulmonar e cardíaca, avaliação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos pacientes diabéticos. Os itens peso, altura, IMC, pressão arterial e circunferência abdominal poderão ser aferidos pela equipe de enfermagem. Todos os dados serão repassados para a ficha espelho pelo médico após cada consulta e também pela equipe de enfermagem.

Será garantida a realização de exames complementares em todos os p usuários idosos hipertensos e diabéticos, tendo como base os cadernos de atenção básica do ministério da saúde (MS). Para diabéticos será ofertada pelo menos uma bateria de exames a cada seis meses que contemplarão a avaliação da glicemia de jejum, hemoglobina glicada, colesterol total, colesterol HDL, triglicerídeos, creatinina sérica, TSH e EQU. Anualmente será realizada avaliação da microalbuminúria. Pacientes hipertensos realizarão triagem semestral com exames que contemplarão EQU, dosagem do potássio, dosagem da glicemia de jejum, hemograma, colesterol total, colesterol HDL, triglicerídeos e ECG.

Os exames deverão ser repassados pelo médico para a ficha espelho que será guardada em um arquivo específico dos idosos que ficará na recepção, facilitando o acesso e manuseio de todos os profissionais da ESF. É o médico que será o responsável por analisar os exames antigos e solicitar novos exames de acordo com o protocolo. É de suma importância o preenchimento do item que sinaliza a data de cada exame.

Será sempre buscado em cada consulta, se necessário, a prescrição de medicamentos pertencentes ao programa da farmácia popular do MS ou que sejam fornecidos pela farmácia municipal (de forma gratuita). Será fornecido à unidade de saúde um guia no qual constem os medicamentos ofertados pela farmácia popular. Haverá um espaço na ficha espelho aonde serão descritas as medicações atuais do paciente, e a mesma deve ser atualizada sempre que houver mudanças.

Será solicitada a equipe de enfermagem que seja realizada uma avaliação dos prontuários dos pacientes idosos acamados ou com problemas de locomoção. Será orientada aos ACS a busca por esse tipo de paciente, bem como a solicitação de avaliação pela equipe de enfermagem. A partir dessa avaliação será agendada a visita domiciliar para esses pacientes no turno da visita domiciliar.

Durante as revisões de prontuários dos pacientes com 60 anos ou mais a equipe irá sinalizar aqueles pacientes que correm maior risco de morbimortalidade, priorizando o atendimento dos mesmos na unidade ou agendamento de visita domiciliar. Nas revisões, a equipe também ficará atenta à presença de indicadores que possam revelar fragilização da velhice e que possam demonstrar rede social “não-ideal”, tais pacientes terão uma atenção maior da equipe e terão visitas domiciliares mais frequentes pelos ACS.

Frente à prevalência de hipertensão e diabetes na população idosa, serão lançadas campanhas na comunidade para que toda a população com 60 anos ou mais que ainda não foi triada ou diagnosticada procure a unidade de saúde (ESF 01) para realizar o rastreio ao menos anualmente. Para isso a equipe será treinada e será oferecido material adequado para a triagem. Pacientes com pressão arterial alterada na triagem serão orientados a agendar consulta médica. Todos os paciente com pressão arterial maior que 135/80 mmHg serão triados para DM, com exames complementares (glicemia de jejum).

Todo paciente em consulta médica será questionado a cerca de queixas odontológicas, e se houver queixas o mesmo será orientado a buscar atendimento odontológico na unidade de saúde. Será avaliado durante a consulta o “status bucal” do paciente, e qualquer sinal de má condição dentária o paciente será orientado a buscar avaliação especializada. Após avaliação especializada, será fornecido ao paciente uma guia para preenchimento do dentista que informará o dia da consulta e o procedimento realizado, bem como se o paciente ficará em acompanhamento ou não. A guia deverá ser entregue pelo paciente à equipe de enfermagem.

Será discutido com o dentista que presta serviço na cidade orientações que possam ser dadas nas consultas medicas visando uma boa qualidade da higiene bucal. Tal ação deve ser abordada em todas as consultas de pacientes idosos, juntamente com a avaliação da saúde bucal. Cabe a equipe e não somente ao médico passar as orientações, e para isso os profissionais terão material de apoio adequado.

No município de Arambaré não é oferecido atendimento nutricional via SUS para a população. Em função disso a orientação nutricional será oferecida pelo médico baseada no manual do MS “dez passos para alimentação saudável”. Essa guia será individualizado para cada paciente de acordo com suas comorbidade clinicas (por exemplo DM) e adequação a sua rotina. Será priorizada a realização de 5 à 6 refeições diárias, com intervalo médio de 3 em 3 horas, dando preferência para comidas e temperos naturais, com baixo teor de gordura, de preferência do tipo mono ou poliinsaturada, com adequada ingesta hídrica e evitando frituras, doces, embutidos, alimentos industrializados e uso de bebidas alcoólicas. Será transmitida ao paciente a ideia de que manter uma rotina alimentar saudável é extremamente importante para um envelhecimento adequado e que pode ser feita de forma prazerosa. Toda a

orientação será transpassada para a ficha espelho do paciente e deve ser avaliada em cada consulta.

A orientação quanto à prática de atividade física deve fazer parte da consulta médica. É provado que a realização de atividades físicas traz inúmeros benefícios para os pacientes, com comorbidades clínicas ou não. Toda orientação física será individualizada partindo dos preceitos preconizados no caderno de atenção básica e na bibliografia de suporte. A orientação mínima será de atividades diárias leves com cerca de 30 a 40 minutos, ao ar livre e sem peso acessório, a serem realizadas no mínimo 5 vezes por semana. Sempre será respeitada a capacidade funcional do paciente, avaliada na consulta médica, e as preferências do paciente. Será registrada na ficha espelho todas as orientações dadas, bem como efetividade da atividade na rotina e no perfil clínico do paciente, cabendo ao médico tal registro.

Como já fora citado anteriormente, ao final de cada consulta médica e de cada atendimento de enfermagem, as atividades desenvolvidas serão anotadas na ficha espelho do paciente, e ao final de cada semana os dados contidos nessas folhas serão monitorados e transcritos para uma planilha eletrônica de coleta de dados, que calcula automaticamente os indicadores estabelecidos. Assim, ao final de cada mês analisaremos se as metas foram alcançadas ou não, possibilitando ao final do terceiro mês de intervenção a reflexão de possíveis mudanças na logística para o alcance efetivo das metas.

A comunidade será envolvida na implantação dessa ação programática na unidade de saúde, para tanto o programa de saúde do idoso será amplamente divulgado nas unidades de saúde e em ambientes públicos, através de cartazes e folderes, e através da disseminação de informações via ACS. As pessoas que forem adscritas ao programa serão orientadas pela equipe de saúde de como funciona o protocolo do idoso, de suas diretrizes e objetivos, de sua periodicidade, e sobre quais são as pessoas que tem direito a participar, servindo como mais um canal de informações para a comunidade. A comunidade também terá um canal de comunicação com a equipe, através de um folheto entregue ao final de cada consulta para que a mesma possa sugerir melhorias e opinar a cerca do protocolo implementado.

Enfim, para colocar todas essas ações em pratica, serão realizadas capacitações dos profissionais da equipe de saúde, em um espaço durante as



## **Relatório da Intervenção**

### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Depois de doze intensas semanas, entre os meses de Agosto a Novembro, de intervenção do programa de saúde do idoso inserido na rotina da Estratégia de Saúde da Família (ESF 01) do município de Arambaré podemos afirmar que atingimos o objetivo principal que era melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso. A equipe conseguiu atingir a meta de cobertura pré-determinada proporcionando uma cobertura com mais qualidade a essa demanda populacional. O engajamento da equipe foi essencial para o sucesso da intervenção, desde a disseminação na comunidade através dos cartazes em locais públicos até a ação dos Agentes Comunitários de Saúde dentro do “ambiente familiar” foi primordial para que a ESF se tornasse uma referencia para a população idosa, tanto que hoje nem precisamos mais informar que há um atendimento diferenciado para o idoso na unidade, uma vez que cada vez mais idosos procuram a unidade para “melhorar sua saúde”. Toda a questão da implementação do programa foi apoiada pela equipe, e hoje há a manutenção das medidas adotadas na rotina da unidade.

Conseguimos revisar o programa de visitas domiciliares, cadastrando todos os idosos com problemas de locomoção ou acamados no programa da saúde do

idoso, garantindo ao menos uma visita domiciliar durante as doze semanas de intervenção. Aqui tivemos a dificuldade da falta de transporte, que deveria ser disponibilizado pela secretaria de saúde ao menos um turno por semana, e da inclusão da profissional do programa mais médicos que, por determinação na gestora municipal, seria quem faria as visitas domiciliares. Inicialmente tivemos um andamento mais arrastado dessa meta, hora por falta de carro hora por falta de algum item a ser avaliado na visita, mas que logo foi corrigido, tendo sido liberado um turno de visita domiciliar para mim que passei a cobrir todo o bairro central (que comporta 13 dos 18 idosos cadastrados nessa parte do programa) conseguindo então avaliar a grande maioria dos pacientes.

A grande maioria dos idosos cadastrados no programa conseguiu ser atendida na unidade tendo sido realizada a avaliação multidimensional rápida, seguindo o modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, bem como garantida a realização de um exame clínico adequado. Essa parte foi uma das mais trabalhosas dentro da intervenção uma vez que tal meta necessita de um tempo mínimo para a sua realização e tal fato somado a necessidade de atender as demandas espontâneas dos pacientes, ao manejo de suas comorbidades prévias, por vezes na burocratização das mesmas (preenchimento de laudos, por exemplo), e na aplicação dos protocolos básicos de atendimento (segundo faixa etária, sexo e comorbidade prévias) acabava por acarretar uma demora que era mal vista por alguns pacientes. Com o tempo esses pacientes que reclamavam acabavam por aceitar, uma vez que podiam acompanhar a melhora na qualidade de seu próprio atendimento, o que poderia diminuir o número de vezes que ele teria que voltar a unidade. Com o tempo a equipe passou a dividir a agenda em 6 atendimentos entre 8 horas e 10 horas e 6 atendimentos entre 10 horas e 12 horas, para evitar os casos em que um paciente chegava mais cedo e era atendido no final da manhã; estando tempo sucesso com essa mudança. O grande problema dessa ação foi que acabou por sobrecarregar o trabalho do médico visto que além da parte da intervenção, ficha espelho, avaliação clínica e evolução em prontuário, ainda há na unidade a necessidade de preenchimento da folha de dados que abastece o e-SUS.

Toda a demanda de pacientes idosos cadastrados recebeu a solicitação dos exames de “rotina” de acordo com cada comorbidade prévia (diabetes, hipertensão, doença renal crônica...) seja durante a consulta médica, ou através de uma solicitação



“passiva”. Essa solicitação era feita pelo médico durante a revisão dos prontuários, que era realizada no momento da renovação diária das receitas (os pacientes deixam os pedidos de renovação pela manhã, as receitas são renovadas entre 12 horas e 16 horas, e os mesmos os retiram a tarde) sendo anexada uma mensagem onde o médico orientava a realização dos exames, para aqueles em atraso, e posterior agendamento de consulta para revisão e avaliação. Conseguimos realizar os exames mesmo com a pouca quantidade de cotas de exames laboratoriais fornecida via SUS pelo município. Nesse aspecto a equipe procurou a administradora de um laboratório particular, conseguindo um bom desconto para os pacientes cadastrados no programa do idoso e paralelamente a isso os pacientes eram orientados a, caso não houvesse mais cota via SUS, a tentar realizar nesse laboratório de forma particular ou procurar outro de sua preferencia. Tivemos uma excelente resposta nesse quesito e a grande maioria dos pacientes que teve exames solicitados conseguiu que os mesmos fossem avaliados durante as doze semanas da intervenção.

Em relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os idosos cadastrados, tivemos algumas dificuldades, a primeira porque alguns idosos mantêm acompanhamento com cardiologista particular estando bem manejados sendo preferido manter a medicação usual, mesmo essa não sendo fornecida via SUS, e a segunda é que alguns idosos que foram cadastrados durante as renovações de receitas não marcaram consultas, mesmo havendo a facilidade proporcionada pelo programa, portanto não tiveram sua medicação otimizada para a farmácia popular do SUS. No entanto todos os idosos atendidos pelo médico tiveram o seu tratamento fundamentado nas medicações distribuídas de forma gratuita pela farmácia popular.

O rastreio da população idosa para hipertensão arterial sistêmica também teve seu êxito. Essa meta estava sendo subavaliada em função de o médico não saber quais pacientes idosos, cadastrados ou não no programa, realizam rotineiramente a aferição da PA na ESF, apenas os pacientes que iriam consultar estavam sendo contabilizados. Com isso pacientes que haviam sido manejados e orientados a manter a aferição rotineiramente na unidade e aqueles idosos que iam na unidade apenas para pegar uma receita ou fazer alguma solicitação, que não passava pelo médico, e tinham sua PA avaliada estavam sendo excluídos do rastreio. Quando fora identificado esse viés o médico passou a avaliar o livro de procedimentos da equipe de

enfermagem e cruzar os dados com os da planilha eletrônica o que levou a uma avaliação mais próxima da realidade dessa meta.

O rastreio da população com HAS sustentada maior que 135 x 80 mmHg para diabetes teve alguns entraves em função de uma série de fatores tais como a falta de fitas para HGT ou a demora para a realização dos exames. No entanto a equipe garantiu que todos os idosos com níveis de PA alterados e sustentados (aferidos em mais de uma ocasião) passassem por avaliação com clínica com posterior solicitação de exames (glicemia de jejum). A equipe toda foi bem orientada nesse aspecto da “triagem” estando apta hoje para o seguimento dessa avaliação. Particularmente eu não acho um método de boa efetividade o uso do HGT para rastreio de DM pelos inúmeros vieses que o teste possui e nem para a avaliação da diabetes em pacientes em uso de antidiabético oral. Prefiro condicionar o uso das fitas de HGT, que nunca sobram, aos diabéticos em uso de insulina com vistas a otimizar o controle.

Inicialmente estava tendo um grande problema na questão dos idosos que faltavam as consultas, pois ficamos uma boa parte do tempo com uma técnica de enfermagem a menos na unidade (temos duas técnicas que se alternam na triagem e na secretaria) o que, segundo a equipe, estava inviabilizando a passagem da informação de quais pacientes idosos eram faltosos e seu posterior contato telefônico. Com o desenrolar da intervenção sempre ao final do turno o médico anotava o nome dos pacientes faltosos e na manhã seguinte os passava para uma das ACS que realiza o contato prévio por telefone para reagendamento, em alguns casos nos quais o telefone ou estava desatualizado ou inexistia as ACS iam aos domicílios para contatar os pacientes faltosos. Em alguns casos tivemos que garantir o atendimento em horários alternativos para essa demanda pela indisponibilidade de vagas até a décima segunda semana. Após a organização sistemática dessa tarefa conseguimos um ótimo resultado.

Todos os idosos atendidos na unidade tiveram uma revisão rápida do prontuário e atualização com informações atuais garantindo um registro sucinto e globalmente completo a cerca do paciente, suas comorbidades e as medicações que faz uso. Isso garantirá um fácil acesso as informações atuais a cerca do paciente e de seu “status clínico”.

Todos os idosos atendidos receberam a caderneta do idoso, bem como a tiveram preenchida. Tal item pode ter sido subestimado no preenchimento da planilha

eletrônica, pois também ficou a cargo das ACS fornecer a caderneta para os pacientes idosos em suas visitas. Aqueles que já as tinham as tiveram preenchidas pelo médico durante a consulta.

Todos os idosos atendidos foram rastreados para fatores que pudessem aumentar o risco de morbimortalidade, bem como a cerca de fatores que pudessem indicar fragilização da velhice, e a cerca de seu círculo social. Fato interessante aqui é que grande parte da população idosa atendida mora sozinha ou apenas com o companheiro (marido ou namorado).

Foi montado um guia nutricional seguindo as diretrizes do manual do MS “dez passos para alimentação saudável” que é fornecido para os pacientes de um modo geral. Para aqueles hipertensos ou diabéticos ou com outras comorbidade crônicas tais como doença renal crônica e insuficiência cardíaca a abordagem nutricional é individualizada segundo as diretrizes de cada comorbidade. Juntamente com o guia nutricional, os pacientes recebem recomendações a cerca da importância e dos benefícios de se manter exercícios físicos regulares, e um breve guia de orientação medidas de higiene bucal.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Apresentamos dificuldades nas ações direcionadas a saúde bucal, que leva em conta a avaliação daqueles idosos que necessitam ou que desejam avaliação com o odontólogo, a realização da primeira consulta programática e a orientação de higiene bucal. Inicialmente tivemos a garantia da participação do dentista na intervenção, mas com o andar da mesma, a participação do profissional foi nula. Hoje não a interligação entre a ESF e o dentista, e o atendimento do profissional se resume as demandas espontâneas, sem um planejamento preventivo programático.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

O preenchimento da ficha espelho, que somado a rotina e demais burocratizações do trabalho foi um dos itens que mais se tornou cansativo na intervenção. O preenchimento da planilha não teve muitas intercorrências.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Acredito que o programa da saúde do idoso esta bem implantado dentro da ESF e sobretudo dentro da comunidade, que vem buscando dia-a-dia a unidade ou para iniciar acompanhamento ou para dar continuidade. Talvez toda a intervenção não seja realizada posteriormente, pois muitas das tarefas ficaram a cargo do medico, mas durante os meses finais pretendo orientar a equipe a como realizar essas tarefas, sem que sejam consideradas sobrecarga para os profissionais, de modo que possam compreender que o planejamento e a organização associados a sistematização do trabalho, facilita em muito o processo de trabalho de todos os profissionais e garante à comunidade a agilidade e qualidade no atendimento. Acordei com a enfermeira coordenadora, que em Dezembro reorganizaremos vários pontos dentro da unidade desde ao melhor aproveitamento das visitas domiciliares, até a sistematização das demais rotinas que foram incorporados a rotina da ESF, como as consultas de pré-natal e puerpério (com o desligamento da ginecologista e da pediatra). Quem sabe essa última ação, contribua para que o programa de saúde do Idoso se mantenha na ESF.

## **Avaliação dos Resultados**

### **4.1 Resultados**

**Objetivo 1** - Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

**Meta 1.1** - Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 30%.

**Indicador 1.1** - Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde

A intervenção realizada na Estratégia de Saúde da Família (ESF 01) no município de Arambaré visou garantir a melhoria do atendimento à população com 60 anos ou mais, até então desprovida de um protocolo que contemplasse suas necessidades clínicas e que trabalhasse para a prevenção de suas principais comorbidades e possíveis desfechos clínicos. A ESF 01 possui 961 pessoas com 60 anos ou mais de idade cadastradas em sua área de abrangência. A intervenção durante as doze semanas de atividades se focou em organizar o serviço criando um protocolo de atendimento para essa demanda populacional e paralelamente a isso atrair essa população para atendimento na ESF.

No primeiro mês de intervenção a equipe conseguiu cadastrar 115 idosos (12% do total de idosos adscritos à ESF), no segundo mês foram cadastrados mais 92 idosos (21,5% do total de idosos adscritos à ESF) e nas ultimas quatro semanas foram inseridos no programa mais 77 idosos, totalizando um total de 284 pessoas (29,6% do total de idosos adscritos à ESF) com 60 anos ou mais cadastradas no programa de melhoria da saúde do idoso. Mesmo tendo um enorme empenho da equipe não atingimos a meta de 30% de cobertura. Também não conseguimos manter o ritmo inicial de cadastramentos uma vez que tivemos algumas mudanças dentro da unidade durante as doze semanas da intervenção, tais como a demissão das médicas ginecologista e pediatra tendo sido então passada para a ESF essa demanda populacional, o que acabou por prejudicar o planejamento e culminou com alguns indicadores não tendo a sua meta atingida.

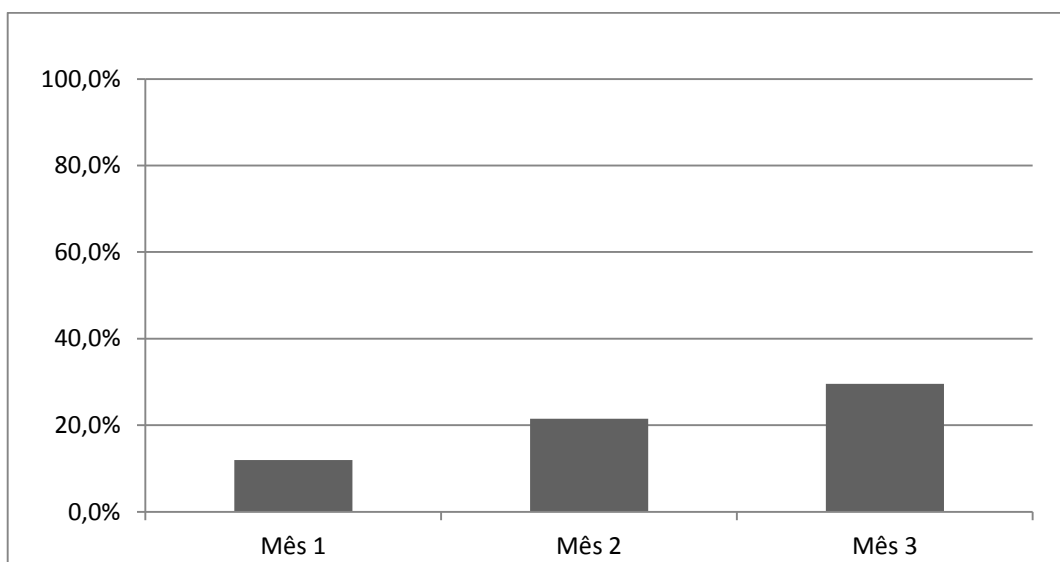


Figura 1- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Arambaré/RS

**Objetivo2.** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

**Meta 2.1.** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

**Indicador 2.1** Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida (AMR) em dia.

Durante as primeiras quatro semanas da intervenção a equipe conseguiu garantir o atendimento clínico de 88 idosos (76,5%) dos 115 cadastrados no primeiro

mês, no segundo mês conseguimos manter o ritmo de atendimentos a população idosa garantindo a AMR a 90 idosos (86,0%), e no terceiro mês finalizamos a intervenção tendo realizado a AMR em 282 (99,3%) dos 284 idosos cadastrados no programa de melhoria da atenção à saúde do idoso na ESF. Chegamos muito perto da meta de 100% preestabelecida, no entanto mesmo com um esforço da equipe na busca ativa dos idosos que ainda não haviam realizado a AMR, alguns, ao termino da intervenção, não haviam sido submetidos à AMR. Como tivemos uma diminuição nos turnos de atendimentos “clínicos” em função da inclusão das rotinas de pré-natal, de puerpério e a de puericultura, a equipe não teve tempo hábil para atingir a meta determinada para esse indicador do programa.

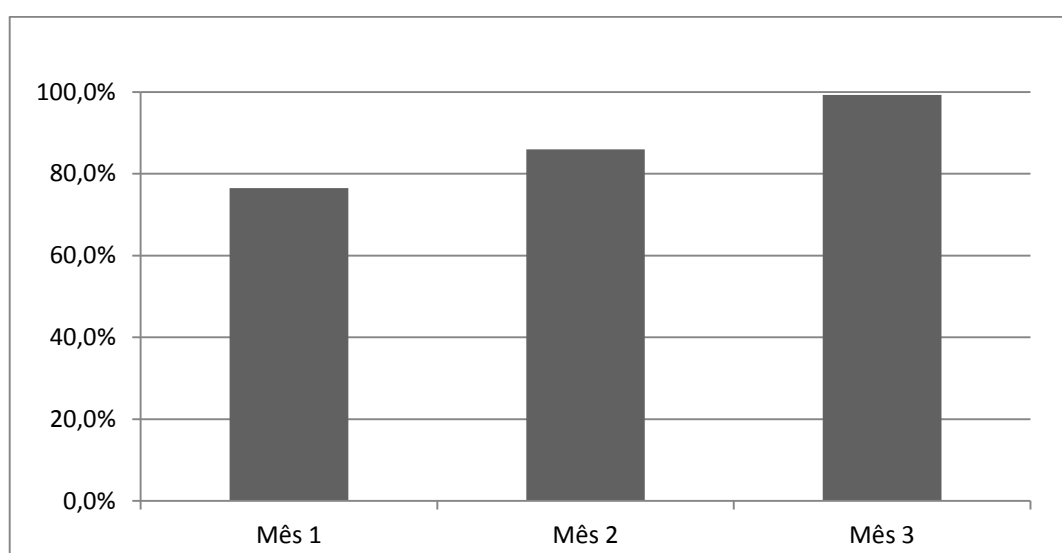


Figura 2 - Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Arambaré/RS

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

**Indicador 2.2.** Proporção de idosos com exames clínico apropriado em dia.

Este indicador teve uma evolução semelhante a supracitada no indicador 2.1, uma vez que a relação entre os indicadores é muito próxima e por vezes são adotados de forma sequencial. Nas primeiras quatro semanas da implementação do programa do idoso na unidade, a equipe conseguiu garantir o atendimento clínico, com exame clínico apropriado, a 89 idosos (77,4%) dos 115 cadastrados no primeiro mês, no

segundo mês mais 90 pacientes idosos, dos 92 cadastrados nesse período atingindo uma cobertura de 86,5%, e no terceiro mês finalizamos a intervenção tendo realizado um exame clínico apropriado em 282 (99,3%) dos 284 idosos cadastrados no programa de melhoria da atenção à saúde do idoso na ESF. Não tivemos o êxito de atingir a meta de 100% pela falta de tempo disponível para o atendimento a essa demanda populacional, mesmo disponibilizando um maior número de agendamentos de consultas. Cabe ressaltar aqui que a avaliação clínica dentro dos preceitos preconizados pelo programa aliada a necessidade de preenchimento adequado tanto da ficha espelho quanto das demais rotinas da unidade (ficha do e-SUS e prontuários) e somadas a necessidades pontuais dos pacientes acabavam por exigir um tempo maior para o atendimento de cada paciente inserido no programa, o que pode ter contribuído para a não concretização plena do indicador. Um meio de sanar a dificuldade oriunda do tempo curto nas consultas seria padronizar em uma ficha de fácil avaliação toda a sequência necessária para a avaliação clínica completa. Essa alternativa aliada a implementação do prontuário eletrônico via e-SUS otimizaria o tempo gasto nas atividades burocráticas permitindo um maior tempo de desenvolvimento das atividades clínicas com o usuário na consulta médica.

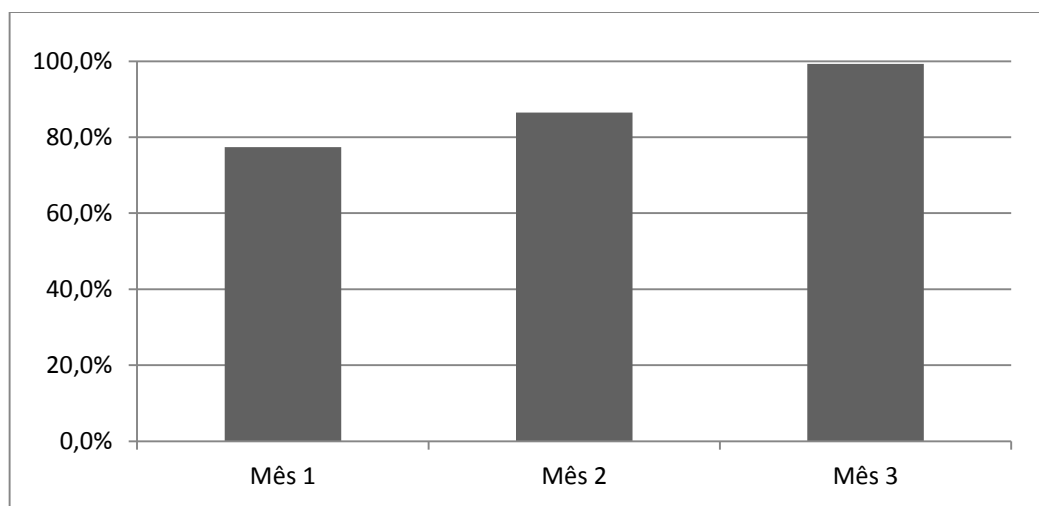


Figura 3 - Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia. Arambaré/RS

**Meta 2.3.** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.



**Indicador** Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia

Conseguimos paulatinamente atingir a meta que garantisse que todos os idosos cadastrados no programa tivessem seus exames periódicos solicitados durante os 3 meses da intervenção. No primeiro mês 78 idosos cadastrados (75%) tiveram seus exames solicitados, ao final do segundo mês já tínhamos 151 dos pacientes cadastrados (85,3%) com os exames solicitados e ao final da intervenção, terceiro mês, 100% da demanda populacional de idosos cadastrada (284 idosos) no programa que tinha exames em atraso teve a solicitação realizada. Para ter sucesso nessa meta, o médico durante as revisões de prontuário, que eram realizadas durante as renovações de receitas (de forma diária), cadastrava pacientes no programa e avaliava aqueles idosos hipertensos e/ou diabéticos que não possuíam os exames rotineiros solicitados em dia, e encaminhava juntamente com a receita uma solicitação de exames com posterior necessidade de remarcação e/ou confirmação da consulta que ficava pré-agendada.

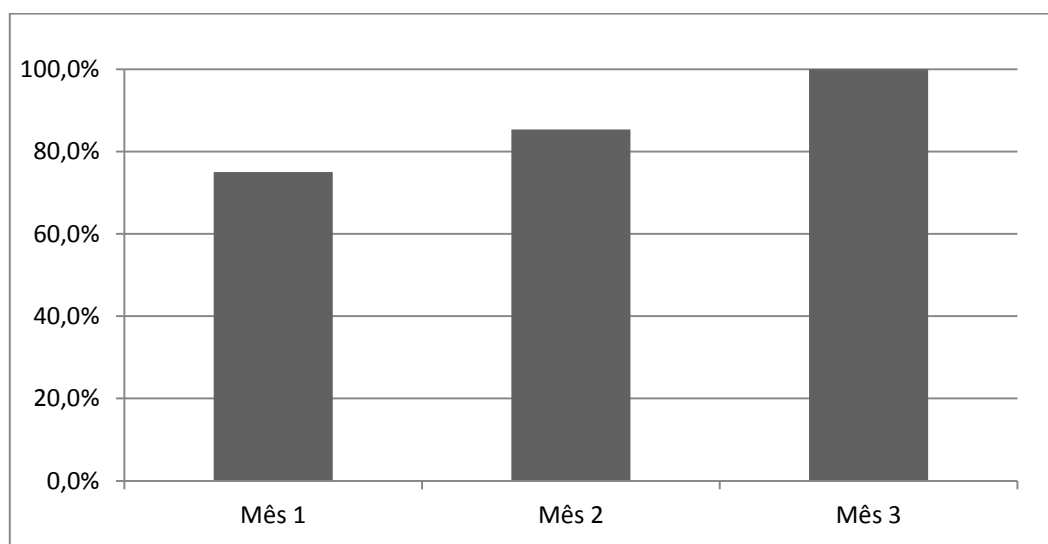


Figura 4 - Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia. Arambaré/RS

**Meta 2.4.** Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

**Indicador 2.4** Proporção de idosos com medicamentos da farmácia popular priorizada.

O indicador relativo à prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos cadastrados também ficou muito próxima de ser alcançada. Não conseguimos atingir completamente a meta (déficit de 6,3%, ou 93,7% do total de idosos cadastrados no programa) por dois motivos: o primeiro porque alguns idosos mantem acompanhamento com cardiologista particular estando bem manejados, tendo sido preferido manter a medicação usual, mesmo essa não sendo fornecida via SUS, e a segunda é que alguns idosos que foram cadastrados durante as renovações de receitas não marcaram consultas, mesmo havendo a facilidade proporcionada pelo programa, portanto não tiveram sua medicação otimizada para a farmácia popular do SUS. No entanto todos os idosos atendidos pelo médico tiveram o seu tratamento fundamentado nas medicações distribuídas de forma gratuita pela farmácia popular. No primeiro mês de intervenção 106 dos 115 idosos cadastrados (92,2%), estavam recebendo medicações fornecidas pela farmácia popular. Ao final do segundo mês 185 (89,4%) do total de 207 idosos cadastrados no programa até o momento estavam com prescrição de medicações fornecidas pela farmácia popular; aqui houve um decréscimo no indicador em função da busca ativa pelos pacientes culminar com o cadastramento de pacientes que realizam tratamento especializado e por estarem bem manejados, foi optado por manter a sua prescrição atual (na grande maioria aquém dos medicamentos fornecidos pela farmácia popular). Ao final da intervenção atingimos 93,7% dos pacientes cadastrados em uso de medicações prioritariamente do programa da farmácia popular.

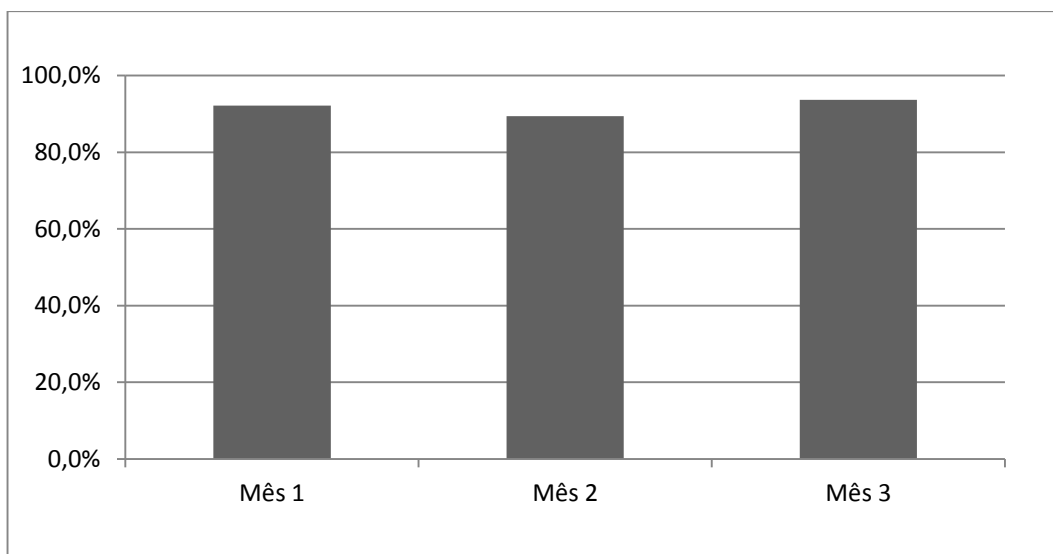


Figura 5 - Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Arambaré/RS

**Meta 2.5.**Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Indicador 2.5** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Inicialmente fora combinado na equipe que todos os 18 idosos que já estavam cadastrados no programa de visitas domiciliares (VD) da unidade, e outros idosos que fossem identificados pelos ACS, seriam cadastrados durante as VD que eram realizadas em média de 3 a 4 por turno, sendo um turno por semana. No primeiro mês de intervenção, tivemos 5 idosos cadastrados (27,8%), no segundo mês 6 idosos (33,3%) e no terceiro mês 19 idosos cadastrados (100%). Conseguiríamos facilmente completar a meta antes do término da intervenção, no entanto durante o transcorrer da intervenção por várias vezes o transporte, que após acordo com o gestor da saúde municipal seria garantido pela prefeitura, não era disponibilizado o que atrasava as visitas e os cadastramentos. Tivemos também a solicitação por parte do gestor de que o médico da ESF não realizasse mais as VD, visto que, isso ficaria a cargo da profissional do programa mais médicos (PMM). Com isso tivemos além do problema com o transporte, a necessidade de passar para a nova membro da equipe a rotina do programa do idoso dentro da VD da ESF. Ao final do segundo mês, como pelo evoluir da intervenção o indicador não seria atingido, conversei com gestor e tive a autorização para visitar até o final da intervenção os pacientes em um turno por

semana, com transporte particular. Dividi com a PMM a rotina do programa de VD assumindo os idosos que ainda não haviam sido cadastrados.

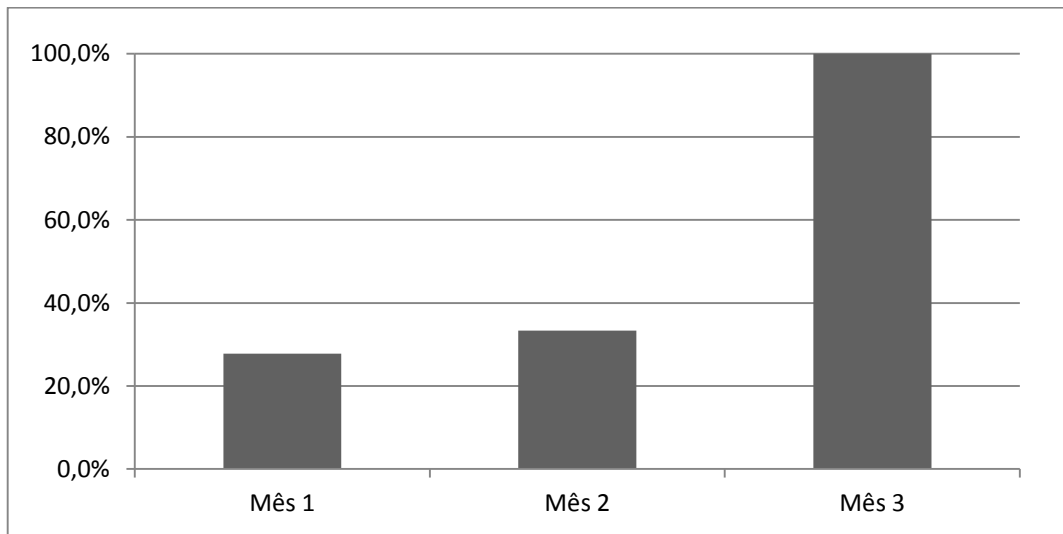


Figura 6 - Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados. Arambaré/RS

**Meta 2.6.** Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

**Indicador 2.6** Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção visitados.

Todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção receberam visita domiciliar, atingindo a meta de 100% nos três meses de intervenção. O fato do cadastramento dos idosos acamados ser realizado na visita domiciliar do médico e sua equipe, facilitou o cumprimento dessa meta.

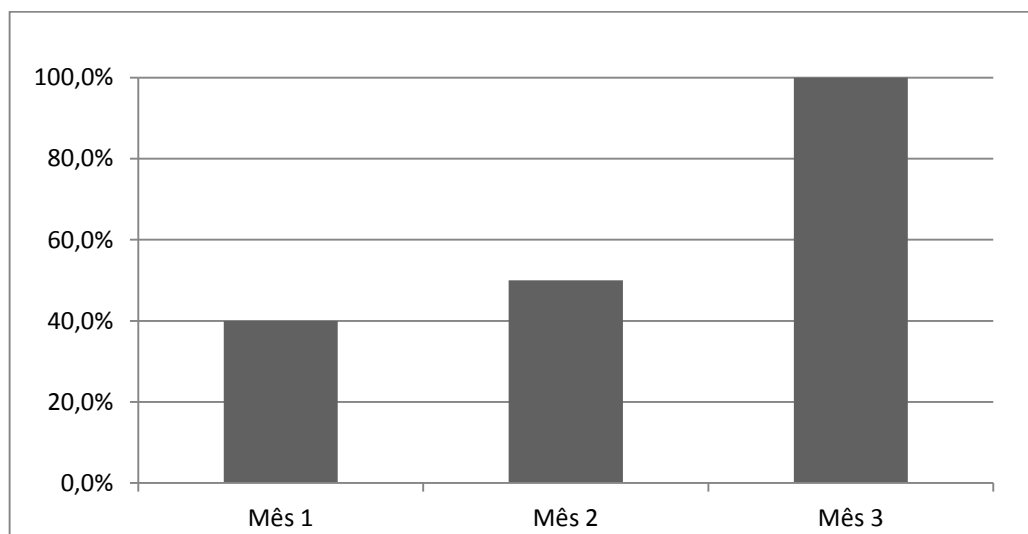


Figura 7- Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar. Arambaré/RS

**Meta 2.7.** Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

**Indicador 2.7** Proporção de idosos com verificação da Pressão Arterial na última consulta.

No primeiro mês tivemos 99 (86,1%) idosos cadastrados com verificação da Pressão Arterial (PA), ao final do segundo mês 186(89,9%) idosos cadastrados tiveram a PA verificada na última consulta e ao final do terceiro mês tivemos um total de 282 (99,3%) idosos cadastrados no programa com verificação da PA na última consulta, ou seja, rastreados para HAS.

O rastreio da população idosa para hipertensão arterial sistêmica também teve seu êxito próximo a 100%. Essa meta estava sendo subavaliada em função de o médico não saber quais pacientes idosos, cadastrados ou não no programa, realizam rotineiramente a aferição da PA na ESF, apenas os pacientes que iriam consultar estavam sendo contabilizados. Com isso pacientes que haviam sido manejados e orientados a manter a aferição rotineiramente na unidade e aqueles idosos que iam na unidade apenas para pegar uma receita ou fazer alguma solicitação, que não passava pelo médico, e tinham sua PA avaliada estavam sendo excluídos do rastreio. Quando esse viés foi identificado, o médico passou a avaliar o livro de procedimentos da equipe de enfermagem e cruzar os dados com os da planilha eletrônica, o que levou a uma avaliação mais próxima da realidade dessa meta.

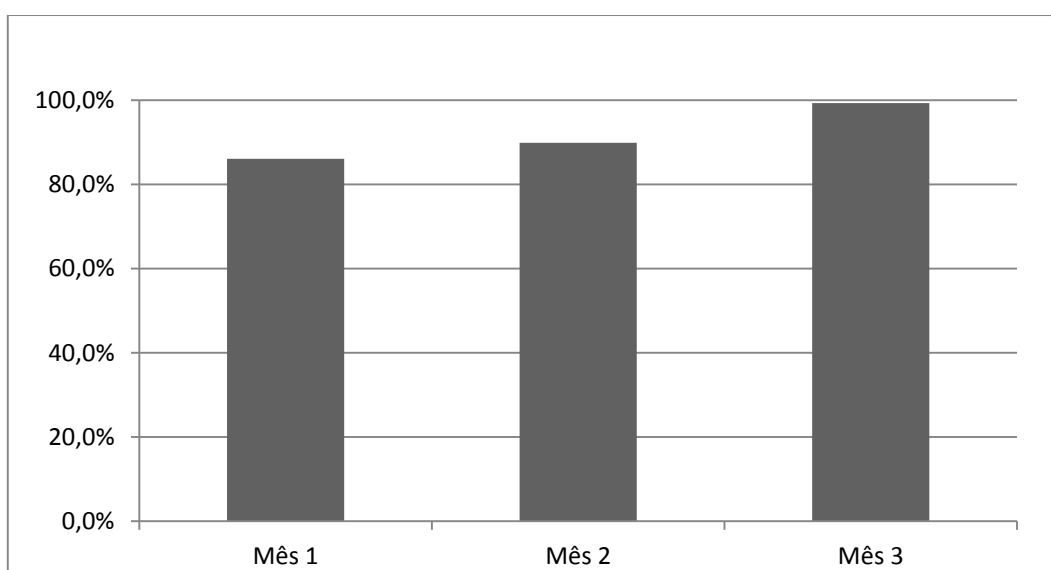


Figura 8 - Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta. Arambaré/RS

**Meta 2.8** Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

**Indicador 2.8** Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Nas primeiras 4 semanas da intervenção 48,7% dos pacientes que tiveram alteração na PA foram rastreados para diabetes (19 dos 39 pacientes registrados), no segundo mês tivemos uma melhora do indicador aonde 67,8% dos pacientes com PA sustentada maior que 135/80 mmHg foram rastreados para diabetes (40 dos 59 pacientes registrados), e ao final da intervenção atingimos 84,4% dos pacientes rastreados para diabetes (81 dos 96 pacientes cadastrados), não tendo conseguido atingir a meta de 100% estabelecida no início da intervenção.

O rastreio da população com HAS sustentada maior que 135 x 80 mmHg para diabetes não atingiu a meta estabelecida, em função de uma serie de fatores, tais como a falta de fitas para HGT ou a demora para a realização dos exames ou ainda algumas falhas da equipe nesse quesito. No entanto com o decorrer da intervenção as falhas possíveis de serem corrigidas foram corrigidas, e a equipe garantiu que todos os idosos com níveis de PA alterados e sustentados (aferidos em mais de uma ocasião) passassem por avaliação clinica com posterior solicitação de exames (glicemia de jejum ou hemoglobina glicada – HBA1C).

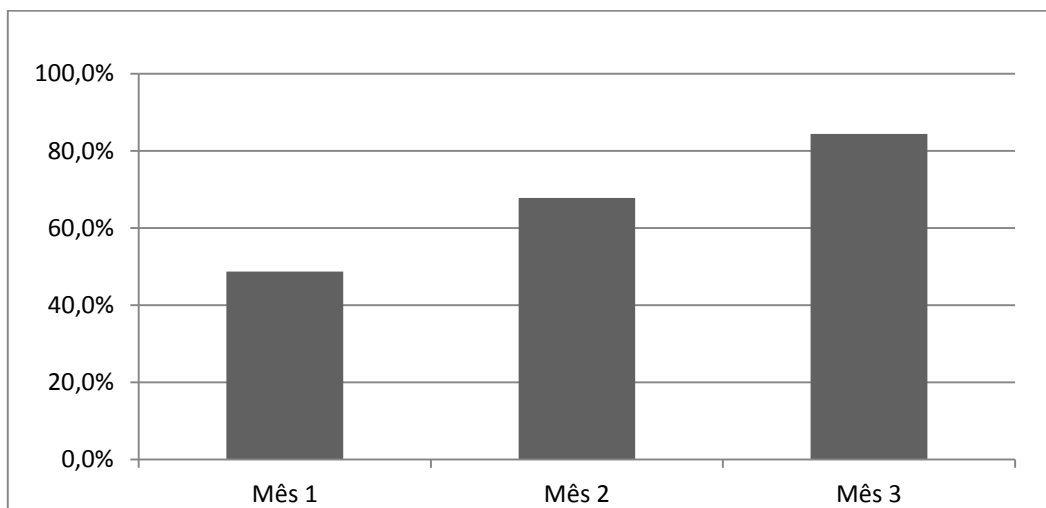


Figura 9 - Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes. Arambaré/RS

**Meta2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

**Indicador 2.9** Proporção de idosos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico

Durante a intervenção foi se padronizando um modelo de consulta que visava contemplar todas as metas propostas pelo programa de melhoria da qualidade a atenção a saúde do idoso. No entanto mesmo com essa padronização algumas poucas vezes a ação da avaliação da necessidade de atendimento odontológico acabavam sendo esquecida. No primeiro mês 81 dos 115 pacientes cadastrados no programa (70,4%) foram questionados quanto a necessidade de avaliação com um dentista, no segundo mês 170 dos 207 pacientes atendidos nesse mês passaram pela avaliação da necessidade de atendimento com odontólogo (82,1%), e ao final da intervenção 274 do total de 284 dos idosos cadastrados no programa (96,5%) tiveram a avaliação das necessidades de cuidados com a saúde bucal questionada.

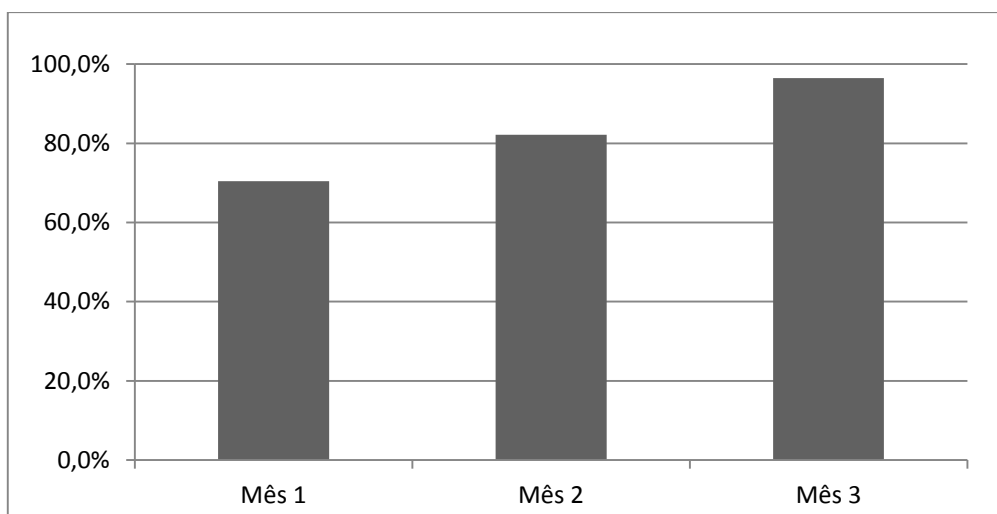


Figura 10- Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Arambaré/RS

**Meta 2.10.** Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

**Indicador 2.10** Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Certamente essa foi a meta que mais deixou a desejar principalmente pela falta de suporte oferecida. No primeiro mês da intervenção apenas 1 dos 115 pacientes idosos cadastrados no programa retornou a unidade referindo ter tido a

primeira consulta odontológica programática (0,9%). No segundo mês a cobertura dessa meta pouco aumentou, pois dos 207 idosos cadastrados, apenas 2 (1%), receberam a consulta. Ao final do terceiro mês tivemos um indicador pífio de (1,4%), onde apenas 4 dos 284 pacientes idosos cadastrados apresentavam registro da primeira consulta odontológica programática realizada.

Tivemos um grande problema com essa meta, uma vez que não há interligação entre as atividades de saúde bucal sugeridas para a ESF e os prestadores do serviço de saúde bucal no município. Mesmo tendo havido um acordo prévio, talvez em função da falta de registros, não houve um retorno a ESF daqueles pacientes que haviam solicitado avaliação com o odontólogo. Apenas alguns pacientes que voltavam para pegar receita ou para fazer alguma solicitação ou durante uma reconsulta referiam que tiveram a sua necessidade de consulta programática com o odontólogo resolvida.

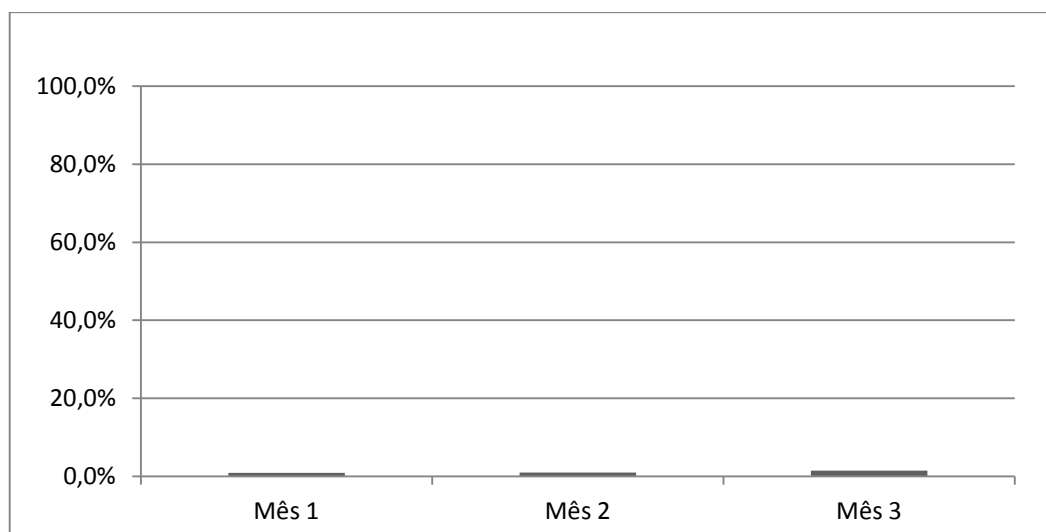


Figura 11 - Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática. Arambaré/RS

**Objetivo3.** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas

**Indicador 3.1** Proporção de idosos faltosos as consultas que receberam busca ativa.

Esse indicador só começou a ser bem trabalhado após a resolução de alguns problemas surgidos no início da intervenção e que estavam atrapalhando o processo de busca ativa aos idosos faltosos. Durante o primeiro mês não foi realizado o processo de busca ativa, pois ficamos todo o primeiro mês com uma técnica de



enfermagem a menos na unidade (temos duas técnicas que se alternam na triagem e na secretaria) o que, segundo a equipe, estava inviabilizando a passagem da informação de quais pacientes idosos eram faltosos e seu posterior contato telefônico. A partir do segundo mês da intervenção, sempre ao final do turno, o médico anotava o nome dos pacientes faltosos e na manhã seguinte os passava para uma das ACS que realiza o contato prévio por telefone para reagendamento. Em alguns casos nos quais o telefone estava desatualizado ou inexistia, as ACS iam aos domicílios para contatar os pacientes faltosos. Em alguns casos, tivemos que garantir o atendimento em horários alternativos para essa demanda, pela indisponibilidade de vagas até a décima segunda semana. Após a organização sistemática dessa tarefa conseguimos atingir a meta estabelecida de 100% no segundo e terceiro mês de intervenção.

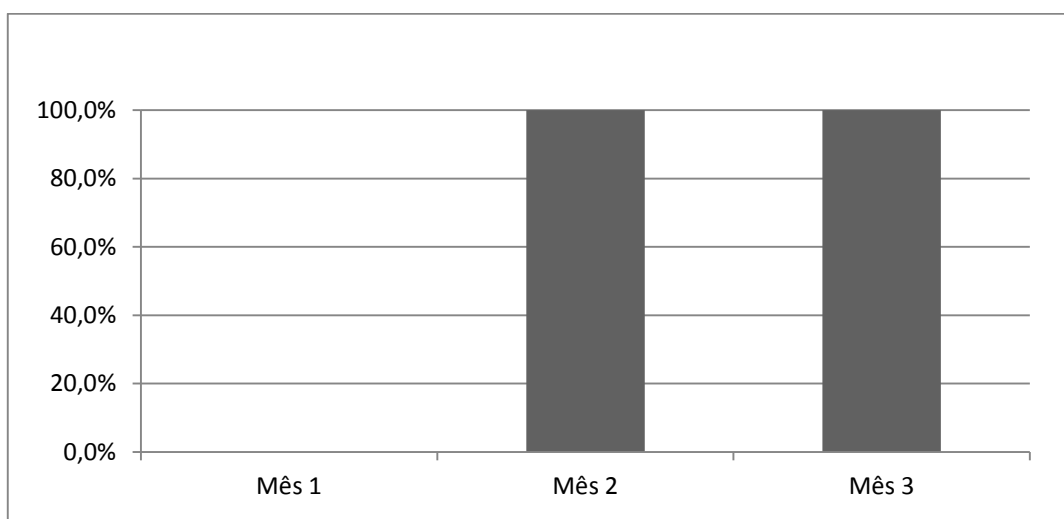


Figura 12- Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa. Arambaré/RS

#### **Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1.** Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

**Indicador 4.1** Proporção de idosos com registro da ficha espelho em dia.

Ao final do primeiro mês 87 (75,7%) dos 115 idosos cadastrados no programa do idoso tiveram a sua ficha espelho preenchida, ao final do segundo mês a equipe conseguiu garantir que 85,5 % das fichas espelho em dia, ou seja, 177 do total de 207 idosos cadastrados, tiveram a sua ficha espelho preenchida, e ao final da intervenção 98,9% dos idosos cadastrados tiveram a sua ficha espelho preenchida. Não fora atingido o objetivo de 100% uma vez que alguns idosos não conseguiram

comparecer à ESF, após cadastro e solicitação de comparecimento na consulta pré-agendada, em tempo hábil para serem contabilizados ao fechamento da intervenção. O atendimento a esses paciente faltosos transcorreu nas semanas subsequentes ao fechamento dos dados da intervenção.

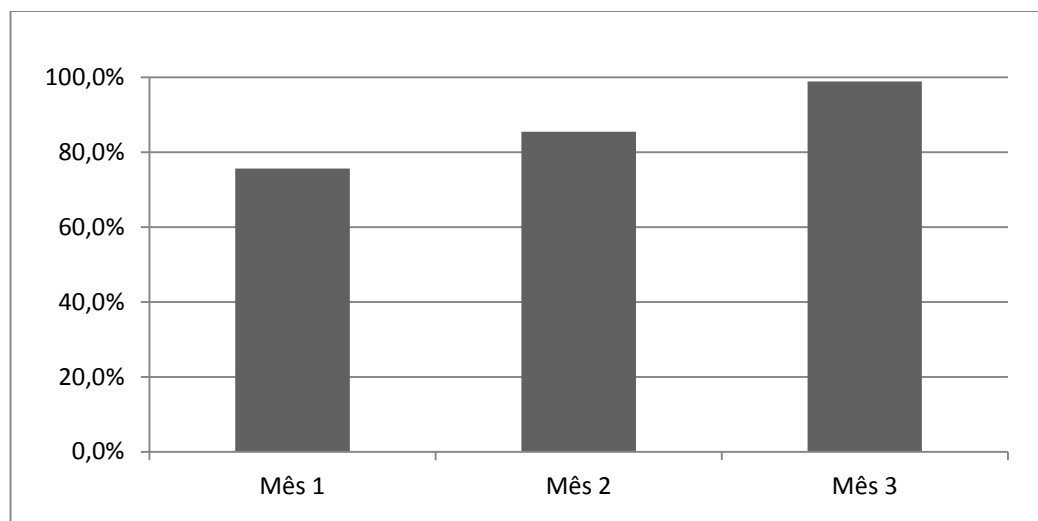


Figura 13 - Proporção de idosos com registro na ficha espelho em dia. Arambaré/RS

**Meta 4.2.** Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

**Indicador 4.2** Proporção de idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa

Durante as 4 semanas iniciais 86 idosos (74,8%) receberam a caderneta do idoso dentro da ESF, entregue pelo medico ou entregue pela enfermeira. Durante as semanas seguintes para facilitar o trabalho e conseguir um alcance maior da meta foi organizada uma reunião que definiu que a partir do segundo mês a distribuição das cadernetas dos idosos também ficaria a cargo das agentes comunitárias de saúde (ACS) e também seriam distribuídas durante o recebimento da receita renovada pelo médico. Essa união de forças da equipe acabou por melhorar os indicadores nos meses finais ao passo que após o segundo mês 177 idosos(85,5%) receberam a caderneta do idoso e ao final da intervenção 281 idosos cadastrados no programa do idoso tiveram a sua caderneta do idoso entregue perfazendo um total de 98,9% da população adstrita ao programa.

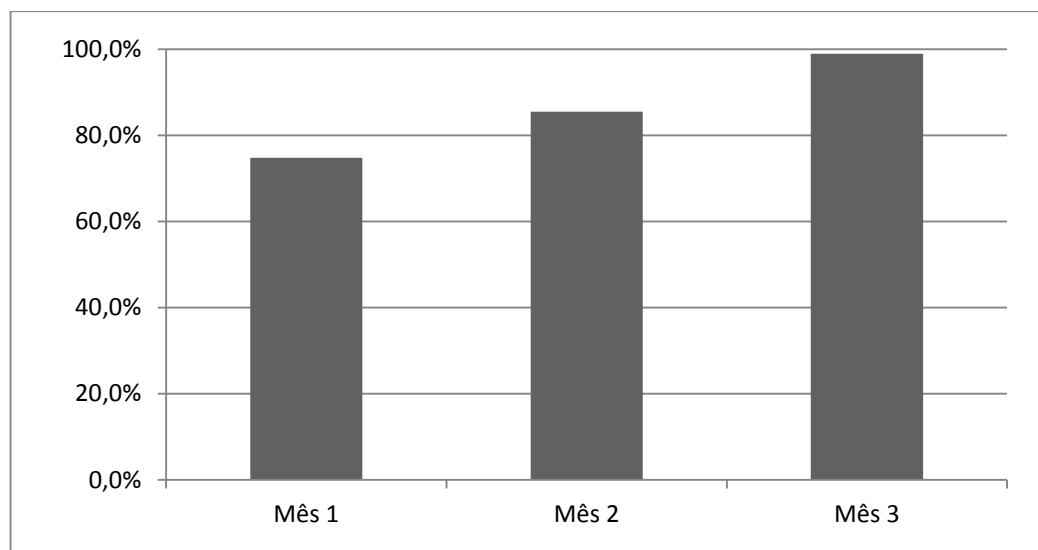


Figura 14 - Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Arambaré/RS

**Objetivo 5.** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

**Meta 5.1.** Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

**Indicador 5.1** Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

No primeiro mês da intervenção a equipe conseguiu rastrear e avaliar 87 idosos cadastrados no programa (75,7%). No segundo mês 177 dos idosos (85,5%) já haviam sido avaliados, e ao final do terceiro mês de intervenção 281 idosos (98,9%) tiveram a avaliação para risco de morbimortalidade avaliados. Não conseguimos atingir a meta de 100% uma vez que não houve tempo hábil para avaliar todos os pacientes cadastrados no programa durante as 12 semanas da intervenção, muito se deveu ao fato da redução dos turnos de atendimento clínico de 8 para 6 turnos por semana com a inclusão da rotina de pré-natal, puerpério e puericultura na unidade.

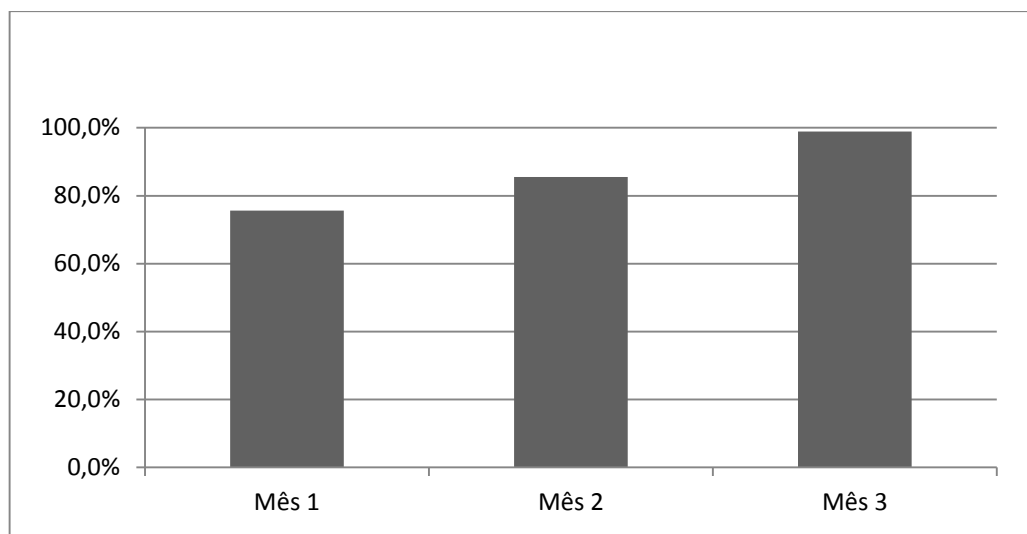


Figura 15 - Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia. Arambaré/RS

**Meta 5.2.** Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

**Indicador 5.2** Proporção de idosos com avaliação da fragilização da velhice em dia.

No primeiro mês da intervenção a equipe conseguiu rastrear os fatores que poderiam levar a fragilização da velhice em 87 idosos cadastrados no programa (75,7%), ao final do segundo mês 177 dos idosos (85,5%) já haviam tido fatores rastreados, e ao final da intervenção 281 idosos (98,9%) tiveram a avaliação dos fatores que poderiam levar a fragilização da velhice. Não conseguimos atingir a meta de 100% devido ao mesmo motivo citado nos resultados do indicador 5.1.

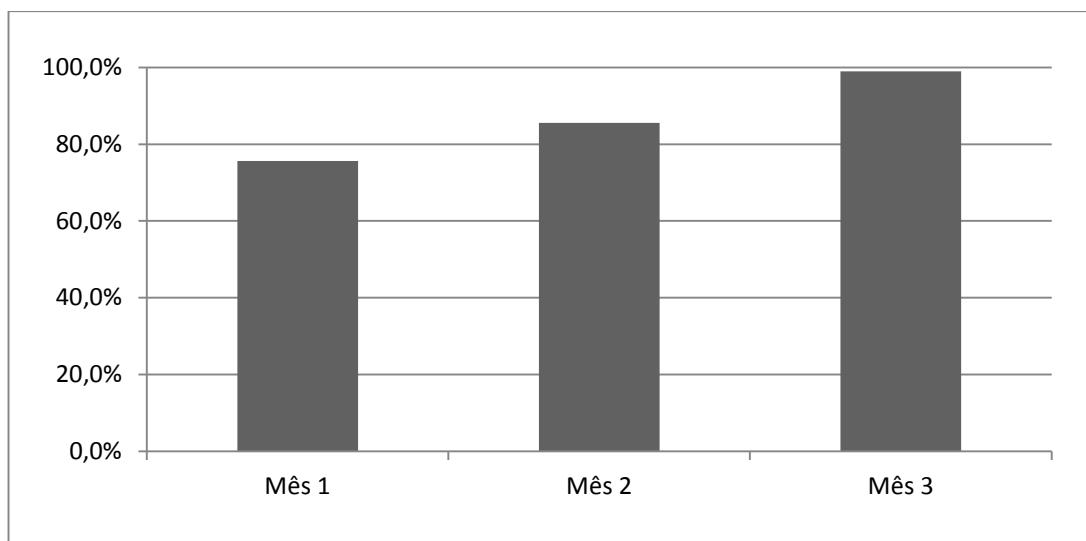


Figura 16- Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia. Arambaré/RS

**Meta 5.3.** Avaliar a rede social de 100% dos idosos

**Indicador 5.3** Proporção de idosos com avaliação da rede social em dia.

Nas primeiras semanas da intervenção a equipe conseguiu avaliar durante as consultas, revisões de prontuários e conversa com os ACS a rede social de 87 idosos cadastrados no programa (75,7%), ao final do segundo mês 177 idosos (85,5%) já haviam tido a sua rede social avaliada, e ao final da intervenção 98,9% dos idosos estavam com a avaliação da rede social em dia. Não conseguimos atingir a meta de 100% uma vez que não houve tempo hábil para avaliar todos os pacientes cadastrados no programa durante as 12 semanas da intervenção, mesmo com fato sendo abordado durante as reuniões com as ACS.

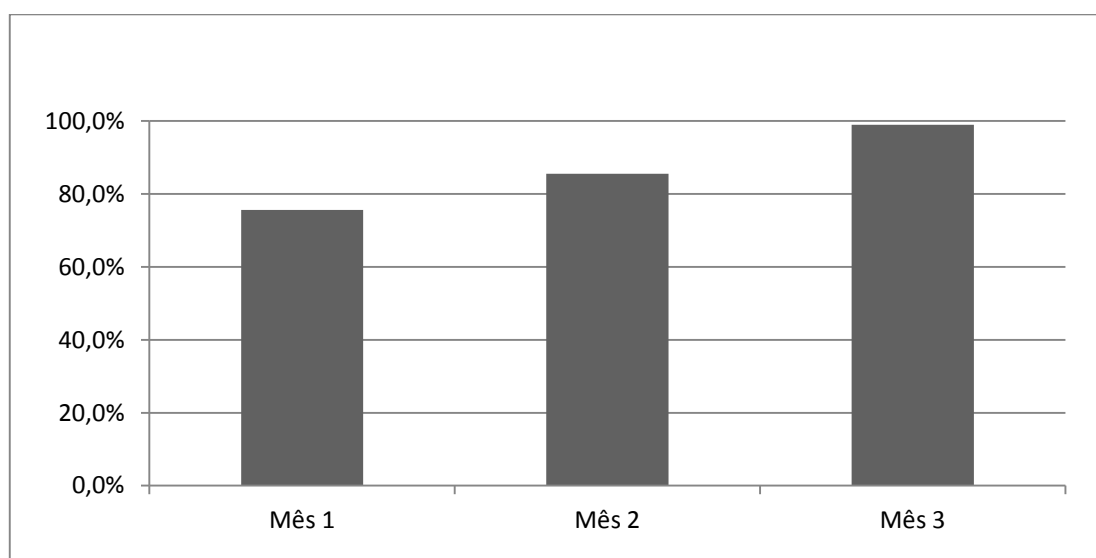


Figura 17 - Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia. Arambaré/RS

**Objetivo6.** Promover a saúde dos idosos

**Meta6.1.** Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

**Indicador 6.1** Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis.

Durante as primeiras quatro semanas apenas 87 idosos cadastrados no programa (75,7%) receberam orientações nutricionais para hábitos saudáveis, seguindo as diretrizes do manual do MS “dez passos para alimentação saudável”, basicamente aqueles que tiveram consulta com o médico foram os que receberam as orientações. A partir do segundo mês foi criado um guia básico, a partir do manual, que passou a ser entregue para os pacientes nas consultas e durante as renovações de receitas. Com isso conseguimos melhorar o indicador abrangendo ao final do segundo mês 177 idosos cadastrados (85,5%). Ao final da intervenção com 281 idosos (98,9%) haviam recebido orientações nutricionais a cerca de hábitos saudáveis.

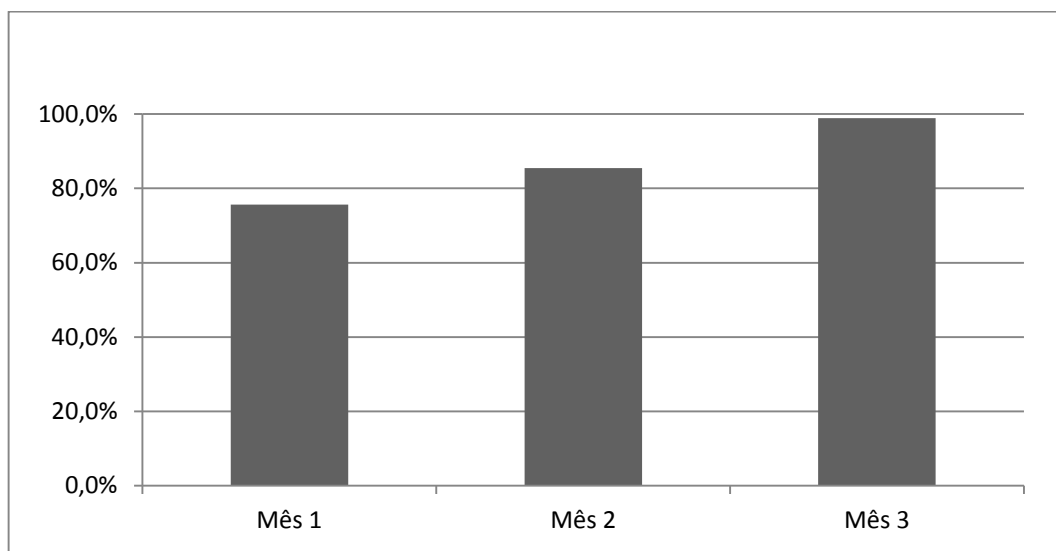


Figura 18 - Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis. Arambaré/RS

**Meta 6.2.** Garantir orientação para a prática regular de atividade físicaa 100% idosos.

**Indicador 6.2** Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

No primeiro mês de intervenção 75,7% dos idosos receberam orientações sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês houve um aumento para 85,5% e no terceiro mês já contávamos com 98,9% dos idosos com orientações a cerca da prática de atividades físicas e seus benefícios. Inicialmente as orientações eram passadas para os pacientes durante as consultas clínicas, mas com o desenrolar da intervenção e a padronização das orientações básicas a cerca das atividades físicas e de sua importância não só na manutenção do peso, mas com enfoque também no controle da PA, diminuição do risco de diabetes e osteoporose, as orientações passaram a ser fornecidas não somente durante as consultas, mas passaram a ser anexadas as receitas dos pacientes durante as renovações.

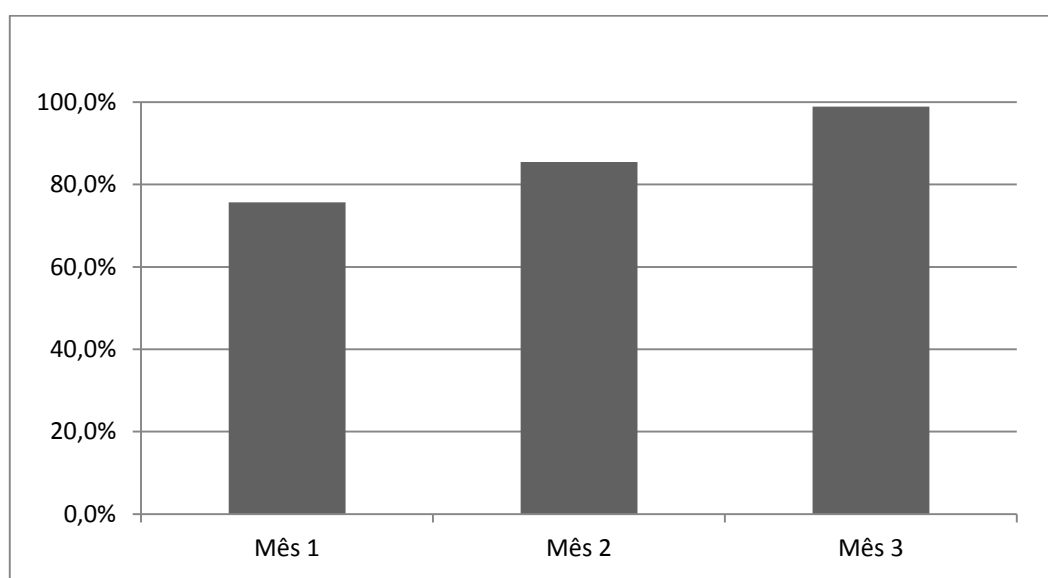


Figura 19 - Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. Arambaré/RS

**Meta6.3.** Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

**Indicador 6.3** Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia.

Durante o primeiro mês 75,7% dos pacientes cadastrados tiveram orientações a cerca da melhor conduta frente a saúde bucal; no segundo mês conseguimos atingir 85,5 % dos idosos com essas orientações chegando ao final do terceiro mês de

intervenção com 98,9% dos idosos orientados sobre os cuidados de saúde bucal. Para atingir esse resultado, o médico durante a consulta clínica passava orientações a cerca da manutenção da higiene bucal para os pacientes através dos preceitos preconizados no caderno de atenção básica número 17 do ministério da saúde.

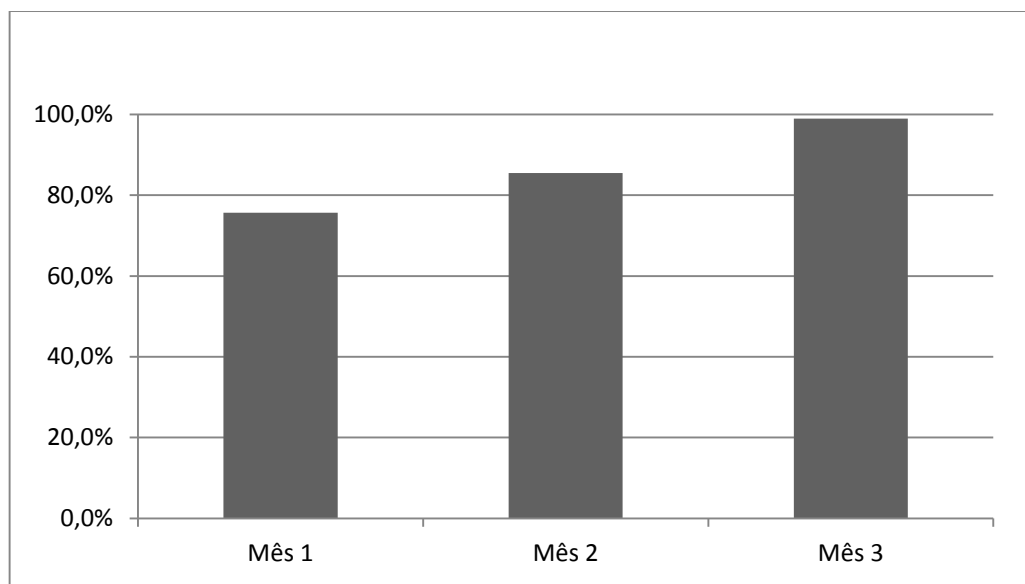


Figura 20 - Proporção de idosos com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia. Arambaré/RS

## 4.2 Discussão

Em doze semanas de intervenção conseguimos atingir, mesmo que parcialmente, grande parte das metas traçadas no projeto e que tem como objetivo trazer melhorias para o atendimento da população idosa do município de Arambaré através da inserção de um protocolo específico a ser trabalhado na Estratégia de Saúde da Família (ESF 01).

Ao final da intervenção conseguimos inserir no programa aproximadamente 30% da população idosa adscrita à ESF (dados da última avaliação populacional realizados em Outubro de 2013). Além da inserção a equipe da ESF conseguiu garantir um atendimento mais qualificado à essa demanda populacional, tanto na parte clínica como em orientações de medidas preventivas que podem ser de grande significância para a qualidade de vida dos idosos.

A equipe desde o início do projeto sempre mostrou-se motivada e engajada em trazer melhorias para dentro da unidade. Realizamos atividades de aprimoramento e treinamento para melhor atender a demanda da unidade. Tivemos alguns momentos



que exigiram um maior esforço de todos os profissionais, por vezes uns tendo que assumir a parte de outros para garantir a qualidade do serviço prestado, mas no geral todos os membros da equipe conseguiram se adaptar e contribuir para o sucesso da intervenção. Hoje o protocolo de atendimento a população idosa está inserido e sendo aplicado rotineiramente na unidade sem intercorrências, e os profissionais confiantes de que as melhorias proporcionadas para a população idosa estão sendo garantidas dia-a-dia.

A criação de um protocolo específico para a população idosa adscrita a ESF é de suma importância para o serviço (unidade de saúde) uma vez que através dele as ações a serem desenvolvidas na unidade seguem um roteiro específico o torna o trabalho mais eficiente. Através do protocolo a ESF consegue monitorar aqueles idosos que necessitam de uma atenção maior, através dos indicadores de fragilização da velhice ou do mal suporte da rede social, e por meio deles garantir uma atenção especial a esses idosos. O protocolo também permite otimizar a solicitação de exames evitando o atraso, que pode ser danoso ao paciente, e o excesso que pode acabar por sobrecarregar o sistema público que o financia. Hoje a ESF é referência para os idosos que passaram a buscar a unidade para iniciar o acompanhamento ou dar seguimento à um tratamento prévio (que muitas vezes, por exemplo, estava sendo realizado por um profissional particular em outra localidade). O serviço está mais ágil tanto na busca quanto no seguimento de pacientes, sendo capaz de agilizar demandas que antes demoravam um tempo maior para serem resolvidas.

A comunidade desde o início da intervenção sempre viu com bons olhos o engajamento dos profissionais da ESF nas tentativas de garantir um melhor atendimento para a população. Em alguns pontos inicialmente estranharam algumas mudanças, como por exemplo, no maior tempo de espera inter-consultas, mas com o passar do tempo se habitou e começou a expressar certo contentamento com a antes criticada demora uma vez que todos os seus problemas atuais eram abordados, resolvidos, e a prevenção de novos era instaurada, o que por fim acarretaria em uma menor necessidade de procurar a unidade precocemente.

Durante a intervenção os profissionais da unidade ativamente buscaram atrair a população idosa para a intervenção através de folders e cartazes que foram espalhados em locais públicos de grande visibilidade e também instruindo aqueles que não eram idosos que havia um programa exclusivo para idosos na unidade e que

seus familiares, amigos, vizinhos, eram bem vindos. Tivemos ao final uma excelente resposta da população idosa, e também da comunidade como um todo que vê hoje a ESF 01 como uma referencia no município.

Caso a intervenção fosse iniciada hoje buscaria garantias do gestor de que haveria uma união das atividades dos prestadores de serviços odontológicos com a ESF, interligando esses dois setores e garantindo o atendimento odontológico da população adscrita ao programa. Inúmeras tarefas que foram delegadas para os membros da equipe, mas que não estavam sendo realizadas por falta de pessoal e que acabaram por serem realizadas pelo medico também poderiam ser revistas de modo a carga de trabalho ficasse melhor distribuída entre os membros da equipe. Diversas modificações feitas durante o desenrolar da intervenção como o aprimoramento e nova divisão dos pacientes do programa de visitas domiciliares também tornariam a intervenção mais eficiente desde o inicio. A busca ativa dos faltosos sendo distribuída também aos agentes de saúde, a orientação a cerca da maior facilidade de acesso aos exames complementares através da parceria com o laboratório particular se fossem realizadas desde o inicio da intervenção poderiam aprimorar ainda mais os indicadores obtidos.

A intervenção pode mostrar para os profissionais da unidade que um bom planejamento acaba por tornar o serviço mais eficiente e mais fácil de ser realizada. Hoje se não existe uma rotina definida e bem estabelecida e que seja seguida por todos os membros da equipe acaba por tornar o trabalho desorganizado, menos produtivo e mais custoso para o sistema financiador da rede. Durante todo o ano, não apenas durante a intervenção, trabalhei com o intuito de otimizar o trabalho da unidade atraindo o máximo de pacientes, independentes da faixa etária, para a ESF com vistas a centralizar os serviços de saúde. Por exemplo, hoje, todos os pacientes pertencentes a área de abrangência da unidade sabem que devem apresentar ao médico e/ou à equipe da ESF os exames de mamografia e citopatológico do colo de útero (CP), para registro em prontuário de modo que a paciente e a equipe saibam quando o exame de rastreio deve ser pedido novamente.

Os próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço são conversar com o gestor sobre algumas possibilidades de melhorias, que foram observadas, dentro da unidade e do serviço de saúde municipal como um todo; e mediante o interesse do gestor buscar meio de implementar melhorias de possam

por proporcionar a comunidade um melhor atendimento principalmente nas questões de medidas preventivas de saúde.

#### **4.3 Relatório para os Gestores**

No início das atividades do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica do Ministério da Saúde (PROVAB) foi realizada uma avaliação global tanto da unidade (Estratégia de saúde da Família - ESF 01) quanto da comunidade adscrita à ela, e através dessa análise foi organizada uma intervenção focada na melhoria da qualidade da atenção à saúde do idoso (programa do idoso). O motivo da escolha recair sobre essa faixa etária, população com 60 anos ou mais, se deveu ao fato de que essa população representa grande parte da demanda da ESF, representando cerca de 30% da população total do município, e não haver um protocolo que viesse a garantir um adequado atendimento a essa parcela populacional.

Os profissionais vinculados a ESF participaram ativamente da escolha do foco da intervenção e desde o início se mostraram engajados com participação ativa tanto na coleta de dados quanto na aplicação do protocolo criado. Várias metas foram criadas com o intuito de propiciar uma melhora substancial no atendimento aos idosos dentro da unidade com foco na prevenção, na cura e na reabilitação garantindo a integralidade dentro do protocolo. Toda população idosa teve e tem a oportunidade de usufruir do protocolo garantindo a universalidade dos serviços dentro da ESF.

Após realizada a definição da intervenção, nos idosos, foram traçadas metas para atrair essa demanda populacional para a unidade de saúde, sendo realizada uma busca ativa pelos profissionais de saúde da ESF – contando, sobretudo, com uma participação primordial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e através da distribuição de folders e cartazes informativos em locais públicos (mercado da Rose, rodoviária, igreja ...).

A intervenção transcorreu entre os meses de agosto e novembro, totalizando ao todo 12 semanas, entre os meses de Agosto e Novembro, nas quais foi atingida a marca de 284 idosos, aproximadamente 30% do total de idosos adscritos a ESF, cadastrados e quase a totalidade desses avaliados dentro dos preceitos do programa. Durante o atendimento dentro da unidade os idosos são rastreados para hipertensão

e diabetes, tem suas demandas atendidas e ainda são avaliados parâmetros que podem ser determinantes para a garantia de uma boa qualidade de vida para essa população. A equipe conseguiu revisar os prontuários de quase todos os idosos cadastrados, organizando e otimizando a sua ficha clínica tornando-a legível e de fácil acesso caso haja necessidade. Foi priorizada a prescrição de medicamentos encontrados na farmácia popular do SUS, mais de 90% dos idosos cadastrados tiveram a sua prescrição baseada nos medicamentos gratuitos da farmácia popular, bem como os idosos foram orientados quanto aos benefícios de manterem uma dieta saudável e equilibrada, a realização de atividades físicas regulares, e a cerca de medidas básicas de higiene bucal.

A equipe da ESF pode notar que com o passar da intervenção os idosos já estavam também engajados na intervenção seja orientado os amigos a cerca do programa realizado na unidade e da possibilidade de um bom atendimento dentro da ESF, seja pelo comprometimento com as consultas, evitando o não comparecimento, ou ainda pelo engajamento em procurar meios de, por exemplo, garantir a realização dos exames laboratoriais básicos. Hoje a ESF é referência para a população idosa que vê no protocolo de melhoria da qualidade da atenção à saúde do idoso um dos pontos fortes dentro das ofertas de serviços de saúde no município.

Mesmo a intervenção tendo trazido todas essas melhorias para a população idosa ainda há muito a ser feito, uma vez que mais de 50% da população idosa ainda necessita adentrar ao programa do idoso. Durante essa etapa de seguimento o programa de saúde do idoso irá necessitar de um apoio forte e constante da iniciativa do gestor da saúde municipal com o intuito de garantir, de forma ininterrupta, o suporte de insumos e materiais essenciais para o funcionamento pleno da ESF. O engajamento do gestor ao programa irá proporcionar ainda um maior contato com a realidade da ESF, fato que abre inúmeras possibilidades a cerca da discussão de campanhas de prevenção, organização de novos protocolos, planejamento de investimentos, melhorias na capacitação profissional e ainda no quesito motivacional da equipe que tendo o apoio necessário só tem a crescer. O tripé formado pelo engajamento do gestor, dos profissionais de saúde e da população é o fator primordial que irá garantir a manutenção das conquistas atuais e garantir a possibilidade de melhorias futuras na questão da saúde no município de Arambaré.

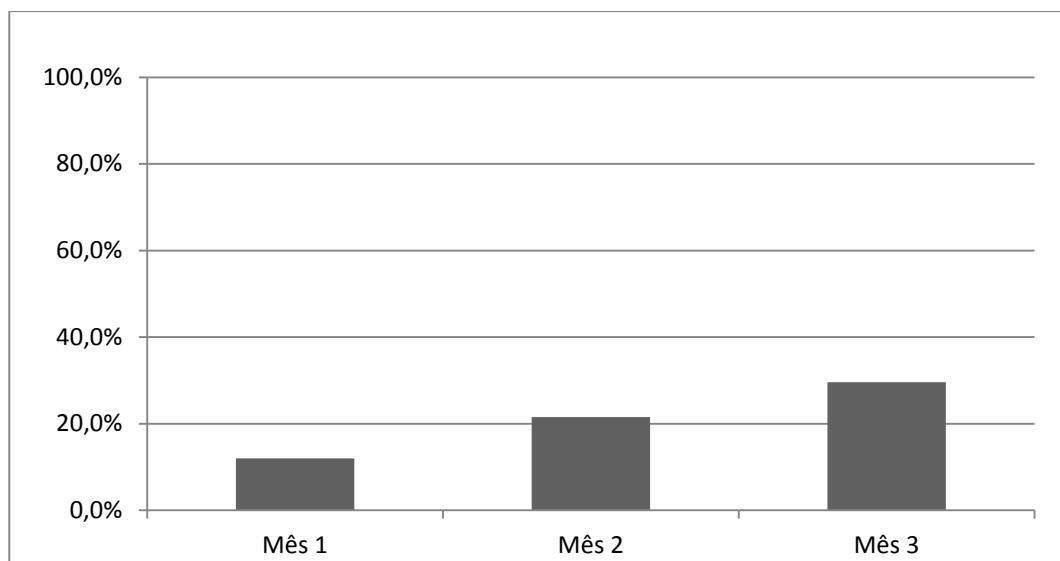


Figura 21- Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde. Arambaré/RS

#### 4.4 Relatório para Comunidade

Desde o início do ano de 2014 a unidade de saúde Estratégia de Saúde da Família (ESF 01) vem analisando o perfil da comunidade com o idêia de buscar meios de trazer melhorias na qualidade da oferta de saúde para a população de Arambaré. Através de uma análise que levou em conta o perfil populacional da cidade a equipe da ESF decidiu montar uma estratégia que tivesse como foco a melhoria do atendimento a pessoa com 60 anos ou mais. Essa faixa etária corresponde hoje a cerca de 30% da população total do município e mais de 50% do total de atendimentos realizados na unidade.

Como pode ter sido percebido por grande parte da população que hoje mantem acompanhamento na unidade, a equipe da ESF buscou atrair a população seja através da distribuição de folders e cartazes em locais públicos, seja através do contato direto com as pessoas. Hoje a ESF é referencia no atendimento da comunidade de Arambaré, e tem 284 idosos cadastrados no programa atualmente.

Através da definição do foco do projeto a equipe definiu os parâmetros mínimos que deveriam ser inseridos no atendimento aos idosos, e no mês de agosto começou a por em pratica o novo modelo de atendimento a essa parcela da população. Lembrando que, mesmo a população idosa sendo o foco, em nenhum momento houve prejuízo no atendimento as demais necessidades da comunidade. Durante os meses de agosto, setembro e outubro o atendimento foi aperfeiçoado

atingindo seu ápice entre os meses de setembro e outubro, quando conseguimos atingir grande parte das metas de assistência e qualidade predeterminados.

Vários fatores foram melhorados durante a intervenção e hoje há um planejamento e um roteiro a ser seguido durante as avaliações na unidade. Mesmo com o aumento do tempo de consulta grande parte dos pacientes hoje sai muito satisfeita da consulta, pois além de ter todas as suas necessidades pontuais atendidas passam por um processo de triagem e orientação a cerca, por exemplo, de meios saudáveis de alimentação que visam não apenas a melhoria na saúde “agora”, mas o planejamento de ganhos de saúde também futuros. Por exemplo todos os idosos cadastrados no programa de saúde do idoso recebem a sua caderneta do idoso e a tem preenchida pelos profissionais que atuam na ESF.

Atualmente todo esse novo processo de atendimento ao idoso esta inserido na rotina da ESF, sendo praticado por todos os profissionais de saúde, cada um com suas devidas funções. Com o aprendizado proporcionado por esse novo protocolo diferenciado de atendimento, a equipe da ESF tem como meta buscar atrair o gestor da saúde com o intuito de garantir subsídios para a criação e manutenção de novos protocolos de atendimento dentro da unidade, visando melhorar todos os níveis de atendimento para todo das faixas etárias da população de Arambaré.

### **Reflexão Crítica Sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem**

No mês de Janeiro quando decidi participar do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) umas das perguntas que me vinham à cabeça era “o que eu iria encontrar pela frente em um pequeno município do interior?” Esse pensamento, após iniciar os trabalhos, logo se tornou em inúmeros outros questionamentos a cerca do que eu poderia fazer para propiciar melhorias para a

saúde da população local e de como eu poderia trazer melhorias para dentro da unidade de saúde. Inicialmente várias possibilidades apareceram e uma delas tornou-se o foco da intervenção, a possibilidade de iniciar um projeto que viesse a trazer melhorias para uma parcela importante e relevante da população local, os idosos. Iniciei os trabalhos em uma unidade com recursos limitados, mas com uma equipe bem engajada o que propiciou a realização de um bom trabalho.

Vivenciando o dia-a-dia na comunidade pude perceber o quão importante é o papel do médico para eles, sobretudo para a população idosa, que representa cerca de um terço da população total do município. Foram grandes as expectativas que surgiram não só minhas e da equipe, mas também da população local, a cerca da introdução de um novo modelo de atendimento não focado apenas na consulta com intuito de resolução de um problema pontual, mas sim na meta de enfrentar os desafios de uma medicina preventiva.

Como todo novo projeto, são inúmeros os desafios que surgem no decorrer da jornada, e durante a intervenção que visa melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso não foi diferente. A equipe teve que realizar várias adequações durante o processo, as quais inicialmente foram trabalhosas, mas que com o passar do tempo se adequaram a rotina da equipe. A necessidade de gerenciamento da equipe e coordenação da atividade foi uma das etapas que mais agregaram conhecimento e experiência uma vez que foi a primeira vez que tive a oportunidade/necessidade de agir como “líder” de uma equipe trazendo novas diretrizes e reforçando as já implementadas. Por vezes me peguei pensando e buscando alternativas que viessem a engrandecer o processo de trabalho e a otimizar as tarefas dos profissionais da unidade de saúde como um todo. Algumas dessas ideias apresentadas para equipe e para o gestor foram aceitas e outras ainda serão estudadas para se avaliar a possibilidade de implementação.

Hoje transcorridos 10 meses do início dos trabalhos posso afirmar que o PROVAB me engrandeceu muito tanto como profissional quanto como pessoa. Tive a necessidade de buscar vários meios bibliográficos até então nunca antes abordados para melhor atender a comunidade; essa busca além de contemplar questões relacionadas à parte clínico-terapêutica, oportunizou o aprimoramento da relação médico-paciente, tão importante no âmbito da atenção primária. Ideias oriundas do estudo das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) também foram disseminadas

na equipe com o intuito de abrir novas possibilidades dentro da atenção primária no município, como por exemplo, a universalidade do atendimento, a equidade na assistência e a longitudinalidade (continuidade do contato). Várias das ideias de melhorias para outras ações programáticas também foram aplicadas, tais como a centralização na ESF das medidas de rastreio (por exemplo, o rastreio de câncer de mama e colo de útero), o que irá propiciar uma melhor aplicação dos exames necessários e do seguimento adequado dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). Hoje uma grande parcela da população local tem a ESF como referencia no atendimento no município.

A experiência oriunda da participação no programa foi algo único e marcante, não apenas por ter sido a primeira atuação na área, mas por ter proporcionado um contato diferenciado com uma faixa populacional até então nunca antes trabalhada. Do curso de especialização também tiro um grande crescimento em relação ao aprendizado adquirido tanto nas revisões de casos online, quanto no material fornecido. Foi um ano muito proveitoso e espero ter conseguido trazer melhorias duradouras para a comunidade local.

### **Bibliografia**

Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.



Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

## **Anexos**

### **Anexo 1- Ficha Espelho**



Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente pela Farmácia Popular?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção está cadastrado?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								

O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?	O idoso faltou à consulta programada?	O idoso que faltou à consulta recebeu busca ativa?	O idoso está com o registro na ficha espelho em dia?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

O idoso tem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?	O idoso está com avaliação de risco para morbimortalidade em dia?	O idoso está com avaliação para fragilização na velhice em dia?	O idoso está com avaliação de rede social em dia?	O idoso está com avaliação de risco para a saúde bucal em dia?	O idoso recebeu orientação nutricional para hábitos saudáveis?	O idoso recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O idoso está com orientação individual de cuidados de saúde bucal em dia?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

### Anexo 3- Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profa Ana Claudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

